


FORMULAR DE DECLARARE A ACTIVITĂȚILOR DE SPONSORIZARE ÎN DOMENIUL DISPOZITIVELOR MEDICALE

SPONSORIZARE	AL
--------------	----

DATE PRIVIND SPONSORIZAREA				ONORARII PENTRU		
Descrierea activității sponsorizate	Suma (lei)	Durata contract.	Data efectuării plății/data predării bunului	Descrierea activității	Suma (lei)	Cheltuieli asociate executării serviciilor prevăzute în contractele de servicii (Transport& Cazare) (Suma)
ESCRS Istanbul, Taxa inregistrare	1638,00	20.02.2015-22.02.2015	03.04.2015			


  

<b>TE TIPURI DE CHELTUIELI</b>						<b>TOTAL (LEI)</b>
<b>SERVICII</b>		<b>ALTE CHELTUIELI</b>				
Data contractului	Data plății	Tipul de cheltuială	Suma (lei)	Data contract.	Data plății	
						1638

ANEXA 1					

Nr. Crt.	Denumire sponsor (producători sau reprezentanții acestora în România și distribuitori angro și en detail de dispozitive medicale și materiale sanitare )	BENEFICIAR SPONSORIZARE			
		Nume,prenume/denumire (profesionist/org.profesională/org.de pacienți/ org.eu activ în domeniul sănătății)	Specialitatea/act ivitate desfășurată în domeniul sănătății	Adresa unde își desfășoară activitatea principală	Natura sponsorizării mijloace financiare/ materiale
39	VALEANT PHARMA	Voinea Liliana/Sp. Universitar Bucur	Oftalmologie	Splaiul Indep	Sponsorizare mijloace f