

FORMULAR DE DECLARARE conform art. 814 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare (SPONSOR)

Nr. Cit	Denumirea societății declarante		Numele, prenumele profesionalului din domeniul sănătății Denumirea IDSI/CDS2	Specialitatea profesionalului din domeniul sănătății	Adresa unde se desfășoară activitatea principală				Sponsorizare						Alte tipuri de cheltuieli						Adresa e-mail declarant													
	Tipul societății	Denumirea societății			Tip	Nume	Număr	Oras	Tipul sponsorizării	Descrierea activității	Suma	Data contractului	Data plății/ Data predării bunului	Moneda	Descrierea serviciilor	Suma	Cheltuieli evitate/ valoarea serviciilor prestate în contractele de servicii (fără post și cazare) (suma)	Data contractului	Data plății	Alte cheltuieli		Suma	Data contractului	Data plății/ Data predării bunului	Metoda									
1	SA	TERAPIA	IORDACHE CLEOPATRA	MEDICINA DE FAMILIE				TARGU JIU	SPONSORIZARE MILITARE MATERIALE	DOTARE CABINET MEDICAL	252.00	10.10.2016	N/A	RON																				

Formularul se completeaza pentru o singura sponsorizare primita de dumneavoastra în cursul anului 2016. Daca in cursul anului ati beneficiat de mai multe sponsorizari veti completa pentru fiecare din acestea cate un formular. Dupa completarea sponsorizarii/sponsorizarilor veti apasa pe butonul "Trimite formularul", pe ecran se va deschide o noua pagina cu datele introduse si numarul de inregistrare al formularului completat de dumneavoastra.  
**Dupa salvarea si printarea acestei pagini, o semnati si o depuneti pentru validare la sediul ANMDM Adresa: Str. Aviator Sanatescu 48, Sector 1, Bucuresti prin posta sau depunere personala. NU prin fax!**  
 Dupa primirea de catre ANMDM a declaratiei originale aceasta va fi validata si se va trimite o confirmare de primire pe adresa de e-mail specificata in declaratie.