



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. Crt	Denumirea societatii declarante		Numele, prenumele profesionistului din domeniul sanatatii Denumirea IDS1/ODS2	Specialitatea profesionistului din domeniul sănătății	Adresa unde isi desfasoara activitatea principala				Sponsorizare						Alte tipuri de cheltuieli													
									Sponsorizari						Onerari pentru servicii						Alte cheltuieli	Suma	Data contractului	Data platii/ Data predarii bunului	Moneda	Adresa e-mail declarant		
	Tipul societatei	Denumirea societatii			Tip	Nume	Numar	Oras	Natura sponsorizarii	Descrierea activitatii	Suma	Data contractului	Data platii/ Data predarii bunului	Moneda	Descrierea activitatii	Suma	Cheltuieli asociate executarii serviciilor prevazute in contractele de servicii (transport si cazare) (Suma)	Data contractului	Data platii									
1	SA	TERAPIA	SAFTA MIHAELA GEORGIANA	PEDIATRIE				BUCURESTI	SPONSORIZARE MIULOACE FINANCIARE	CONGRES TRANSPLANT BUDAPESTA, 11-14 MAI 2016	5,753.00	09.05.2016	11.05.2016	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.