

FORMULAR DE DECLARARE conform art. 814 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare (SPONSOR)

Nr. Cro	Denumirea societății declarante		Numele, prenumele profesionistului din domeniul sănătății Denumirea IOS1/OIOS2	Specialitatea profesionistului din domeniul sănătății	Adresa unde își desfășoară activitatea principală				Sponsorizare					Alte tipuri de cheltuieli							Adresa e-mail declarant							
	Tipul societății	Denumirea societății			Tip	Nume	Nr.	Oras	Natura sponsorizării	Descrierea activității	Suma	Data contractului	Data plății / Data predării bunului	Moneda	Descrierea activității	Suma	Cheltuieli asociate executării serviciilor prevăzute în contractele de servicii (transport și cazare) (Suma)	Data contractului zz/ll/aaaa	Data plății zz/ll/aaaa	Alte cheltuieli		Suma	Data contractului zz/ll/aaaa	Data plății / Data predării bunului zz/ll/aaaa	Moneda			
1	SA	TERAPIA	GRIGORIE ALINA	PSIHATRIE				SCHITU GRECI	SPONSORIZARE MILIOACE FINANCIARE	CONF. NAT. ALZHEIMER	1,530.00	18.01.2017	22.02.2017	RON														

Declaratia pentru BENEFICIAR trebuie completata pe site-ul <https://www.anm.ro/sponsorizar/raportare-2017-addnew>

Formularul se completeaza pentru o singura sponsorizare primita de dumneavoastra în cursul anului 2017. Daca in cursul anului ati beneficiat de mai multe sponsorizari veti completa pentru fiecare din acestea cate un formular. Dupa completarea sponsorizarilor/sponsorizariilor 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 declaratiilor originale aceasta va fi validata si se va trimite o confirmare de primire pe adresa de e-mail specificata in declaratie.

Nr. Crt	Denumirea societatii declarante		Numele, prenumele profesionistului din domeniul sanatatii Denumirea ID51/ODS2	Specialitatea profesionistului din domeniul sanatatii	Adresa unde isi desfasoara activitatea principala				Sponsorizare		Alte tipuri de cheltuieli										Adresa e-mail declarant				
	Tipul societatii	Denumirea societatii			Tip	Nume	Numar	Oras	Natura sponsorizarii	Descrierea activitatii	Suma	Data contractului zz/ll/aaaa	Data platii/Data predarii bunului zz/ll/aaaa	Moneda	Descrierea activitatii	Suma	Onorarii pentru servicii			Alte cheltuieli		Suma	Data contractului zz/ll/aaaa	Data platii zz/ll/aaaa	Moneda
																	Cheltuieli asociate executarii serviciilor prevazute in contractele de servicii (transport si cazare) (Suma)	Data contractului zz/ll/aaaa	Data platii zz/ll/aaaa						
#REF!	SRL	LUNDBECK ROMANIA	GRIGORIE ALINA ELENA	PSIHIATRIE	Strada	Satul Nou	2	Greci											Simpozion Abilify Maintena	1,159.45	03-04-17	03-04-17	RON		