

SC Terapia SA
 a SUN PHARMA company
 Str. Fabricii nr. 124
 Cluj-Napoca 400 632, România
 Tel : +40 (264) 501 500
 Fax: +40 (264) 415 097



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
 AGENTIA NAȚIONALĂ A MEDICAMENTULUI
 ȘI A DISPOZITIVELOR MEDICALE
 ÎNTRARE Nr. 7013
 ÎNREGISTRARE
 Luna 04 Anul 2018

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 IDSI/ODS2	Specialitatea profesionistului din domeniul sanatatii	Adresa unde isi desfasoara activitatea principala				Sponsorizare					Alte tipuri de cheltuieli											
	Tipul societatii	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 zz/ll/aaaa	Data platii zz/ll/aaaa	Alte cheltuieli	Suma	Data contractului zz/ll/aaaa	Data platii/ Data predarii bunului zz/ll/aaaa	Moneda	Adresa e-mail declarant
1	SA	TERAPIA	COJOCARU VALI	PSIHIATRIE			BALS						CONFERENTIERE	1,500.00		01.03.2018	17.10.2018							RON	

Declaratia pentru BENEFICIAR trebuie completata pe site-ul <https://www.anm.ro/sponsorizari/raportare-2018-addnew>
 Formularul se completeaza pentru o singura sponsorizare primita de dumneavoastra in cursul anului 2018. 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.

PRO2797	Customer CODS ID
JOHNSON & JOHNSON ROMANIA	Denumirea societatii
COJOCARU VALI	Numele, prenumele profesionistului din domeniul sanatatii
PSIHIATRIE	Specialitatea
STRADA	Adresa Tip
	Nume
	Numar
	Oras
	Natura sponsorizarii
	Descrierea activitatii sponsorizate
	Suma sponsorizata
	Data contractului zz/ll/aaaa
	Data platii/Data predarii bunului zz/ll/aaaa
	Moneda
	Descrierea activitatii onorarii
	Suma onorarii
	Cheltuieli asociate executarii serviciilor prevazute in contractele de servicii (transport si cazare) (Suma)
	Data contractului zz/ll/aaaa
	Data platii zz/ll/aaaa
EVENIMENT EDUCATIONAL JANSSEN PSIHIATRIE	Alte cheltuieli
1,197.30	Suma
11/23/2018	Data contractului zz/ll/aaaa
11/23/2018	Data platii zz/ll/aaaa
RON	Moneda

