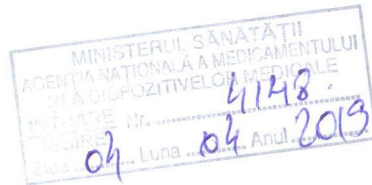


FORMULAR DE DECLARARE conform art. 814 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare (SPONSOR)

Denumirea societății declarante	Numele, prenumele profesionistului din domeniul sanatatii	Specialitatea profesionistului din domeniul sanatatii	Adresa unde isi desfasoara activitatea principala				Sponsorizare					Alte tipuri de cheltuieli							Adresa e-mail declarant				
							Sponsorizari					Onorarii pentru servicii											
			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 predarii bunului zz/ll/aaaa	Moneda
A	TERAPIA	PRICOP CATALIN	UROLOGIE			IASI					CONFERENTIERE	2,500.00			12/5/2018	2/5/2019						RON	
A	TERAPIA	PRICOP CATALIN	UROLOGIE			IASI	SPONSORIZARE MULOACE FINANCIARE	CURS FORMARE PROFESIONALA	1,710.00	5/31/2018	9/9/2018	RON											
A	TERAPIA	PRICOP CATALIN	UROLOGIE			IASI	SPONSORIZARE MULOACE FINANCIARE	CEM	475.18	5/31/2018	10/11/2018	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.



FORMULAR DE DECLARARE conform art. 799 *1 alin (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare

Nr. Crt.	Numele, prenumele profesionistului din domeniul sanatatii	Specialitatea profesionistului din domeniul sanatatii	Nume Sponsor	Adresa unde isi desfasoara activitatea principala	SPONSORIZARE					ALTE TIPURI DE CHELTUIELI				Total RON
					Natura sponsorizării	Descrierea activității	Suma RON	Data contractului	Data plății //	Descrierea activității	Suma	Data contractului	Data plății //	
									Data predării bunului				Data predării bunului	
1	PRICOP CATALIN	UROLOGIE	SC PHARMALINK SRL	Bulevardul Carol I nr. 50, Iași 700503	SPONSORIZARE MIJLOACE FINANCIARE	EDUCATIE MEDICALA CONTINUA	3300	4/11/2018	5/14/2018					3300

Dr. CĂTĂLIN PRICOP
 medic primar urolog
 Cod. 456737
