



Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România

Declarație de sponsorizare beneficiari - medicamente pentru uz uman 2019

Conform art. 814 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare

Vă rugăm să completați pentru fiecare sponsorizare/cheltuială câte o declarație separat!

Beneficiar

Nume *

Se completează numele dvs. exact ca în cartea de identitate

Prenume *

Se completează prenumele dvs. exact ca în cartea de identitate

Specialitate

OPȚIONAL - Se completează specialitatea dvs.

CNP

OPȚIONAL - Recomandăm completarea acestui câmp, dar nu este obligatoriu. **Aceasta informație nu va fi publică!**

Email de contact

OPȚIONAL - Recomandăm completarea acestui câmp, dar nu este obligatoriu. **Aceasta informație nu va fi publică!**

La această adresă de email se va trimite confirmarea validării declarației după depunerea ei la sediul ANM DMR.

Sponsor

Nume *



Zentiva S.A

Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România
Se completează numele sponsorului

Locul de desfășurare a activității beneficiarului

Instituție *

CABINET MEDICAL INDIVIDUAL

Se completează instituția unde beneficiarul își desfășoară activitatea (fără SA, SRL, SC, etc.)

Adresă *

str.Gh.Gr.Cantacuzino nr.201 bl 156C ap 2

Se completează adresa instituției unde beneficiarul își desfășoară activitatea

Oraș *

PLOIESTI

Se completează orașul instituției unde beneficiarul își desfășoară activitatea

Județ *

Prahova ▼

Se selectează din listă județul instituției unde beneficiarul își desfășoară activitatea

Sponsorizare

Natura sponsorizării *

Alte cheltuieli ▼

Se selectează din listă natura sponsorizării

Descrierea activității *

Participare eveniment stiintific

Se completează descrierea activității pentru care s-a făcut sponsorizarea

Moneda *

RON - Leu românesc ▼

Selectați din listă moneda în care sunt exprimate sumele raportate

Suma *

200

Se completează suma, format **1234.56** sau **1234,56**. Nu folosiți separator pentru mii.

Data contractului



Agencia Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România
Se completează data contractului, format **zz.ll.aaaa**

Data plății

25.10.2019

Se completează data plății, format **zz.ll.aaaa****Bifați căsuța alăturată ***

Nu sunt robot

reCAPTCHA
Confidențialitate - Termeni

Pasul 1: Trimite formularul

Urmeaza Pasul 2: Imprimare

Notă: Completarea abuzivă sau în fals se sancționează în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

© 2019 - Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (<http://www.anm.ro>). Toate drepturile rezervate.