

Conținutul formularului electronic de declarare a sponsorizărilor și a altor cheltuieli

Nr	Informație		Valori impuse
1	Persoana care declară	a. Nume și prenume	CARAMAN DOINA-GABRIELA
		b. Adresă e-mail	
		c. Telefon mobil	
2	Sponsor	a. Denumire	EVER NEURO PHARMA GMBH - REPREZENTANTA PENTRU ROMANIA
		b. Cod de identificare fiscală (firme) / Număr de înregistrare național (ONG)	
3	Beneficiarul sponsorizării / cheltuielii	a. Categorie	medic
		CARAMAN DOINA-GABRIELA	CARAMAN DOINA-GABRIELA
		c. Cod de parafă	
		d. Specialitate	GERIATRIE-GERONTOLOGIE
		e. Județ de reședință	BUCURESTI
		f. Oraș de reședință	BUCURESTI
		g. Numele instituției unde beneficiarul își desfășoară activitatea de bază (spital sau cabinet)	SPITAL OXXYGENE MED PLUS OTOPENI
		h. Codul de identificare fiscală (firme) / Numărul de înregistrare național (ONG) al instituției unde beneficiarul își desfășoară activitatea de bază	
4	Sponsorizare / cheltuială	a. Natură	mijloace financiare

