|  |
| --- |
| **ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЖЕРТВОВАНИЯ ПРОДУКЦИИ** **В ООО «РОШ ДИАБЕТЕС КЕА РУС»**  |
| Инструкция – Пожалуйста, прочитайте перед заполнением формы* Запрос на предоставление пожертвования должен быть подан за 60 календарных дней до начала проекта вместе со всеми необходимыми документами. Запросы, направленные после указанного срока, не подлежат рассмотрению.
* Получение Компанией запроса на предоставление пожертвования не гарантирует предоставление Компанией пожертвования. Компания оставляет за собой право проводить оценку полученного запроса, отказать в предоставлении пожертвования или предоставить пожертвование в меньшем объеме.
* Заполненная форма, подписанная уполномоченным лицом и заверенная печатью организации, а также дополнительные документы в отсканированном виде должны быть направлены на адрес электронной почты: на адрес электронной почты dc.medicalgrants@roche.com. В случае получение положительного решение и заключения контракта оригинал настоящей формы должен быть предоставлен Компании вместе с подписанным контрактом.
 |
| **Информация о запрашивающей Организации** |
| Название: |   |
| ИНН: |   |
| Руководитель: |   |
| Дата регистрации: |   |
| Тип организации: | 🞏 Пациентская организация[[1]](#footnote-1)🞏 Прочее (указать):  |
| Направление деятельности: |   |
| Адрес регистрации:  |   |
| Адрес нахождения организации:  |   |
| Режим работы:  |   |
| Телефон:  |   |
| Адрес электронной почты:  |   |
| Официальный сайт:  |   |
| Сообщества в социальных сетях:  |   |
| Персонал организации: |   |
| Текущее количество членов: |   |
| Текущее количество участников: |   |
| **Описание программы, в рамках которой будет использоваться продукция** |
| Место |   |
| Период |   |
| Организатор |   |
| Содержание программы |    |
| Участники программы | *(Указать целевую аудиторию)* |
| [ ] Являются членами Организации[ ] Являются участниками Организации[ ]  Прочее (указать):  |
| Количество участников программы |   |
| Запрашиваемая продукция(название и количество) | Название | Количество  |
|   |   |
| План и порядок реализации программы |   |
| Наличие склада или помещения для хранения в соответствии с требованиями по хранению запрашиваемой продукции | [ ]  склад отсутствует[ ]  наличие склада или помещения для хранения продукции (необходимо указать адрес) Адрес:  |
| **Передавалась ли Запрашивающей организации продукция ООО «Рош Диабетес Кеа Рус» в рамках договора пожертвования** |
| 🞏 Нет🞏 Да *(заполнить таблицу ниже)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Год передачи | Количество переданной продукции | Наименование переданной продукции | Отчетность предоставлена |
|   |   |   | 🞏 Нет🞏 Да |
|   |   |   | 🞏 Нет🞏 Да |
|   |   |   | 🞏 Нет🞏 Да |

 |
|  |
| **Контактные данные для отгрузки продукции, в случае положительного решения** |
| **ФИО Контактного лица:**  |
| **Телефон:**  |
| **Адрес:**  |
| ***Настоящим я подтверждаю:******Настоящая форма заполнена от имени запрашивающей организации;*** ***Я подтверждаю точность и достоверность предоставленной информации;*** ***Запрос на пожертвование не имеет связи с прошлым, настоящим или потенциальным будущим приобретением, арендой, рекомендацией, назначением, использованием, поставкой или приобретением продуктов, или услуг Компании.*** |
| ***Дата***  |
| ***ФИО***  |
| ***Должность***  |
| ***Подпись***  |
| ***М.П.*** |

1. Под термином «Пациентская организация» в рамках настоящей Анкеты понимается общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья, упомянутые в статье 28 Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 n 323-ФЗ [↑](#footnote-ref-1)