

Црна Гора
КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР ЦРНЕ ГОРЕ
Број 03/01-18476
Подгорица, 23-VII 2015

»M E R C K« d.o.o
Broj 894/15
14.07.2015 год.
B E O G R A D

MERCK SERONO
OBRAZAC MOLBE I UGOVOR ZA
DONACIJU U KORIST PACIJENATA

MERCK SERONO DONATION FOR
PATIENT
BENEFIT REQUEST FORM AND
AGREEMENT

Poslati obrazac molbe za Donaciju u korist pacijenata sa pratećom dokumentacijom i ovom stranicom na adresu:

Merck d.o.o.
Omladinskih brigada 90v
11070 Novi Beograd

Vaš potpis u daljem tekstu potvrđuje da: ukoliko bude dodeljena, ova Donacija u korist pacijenata neće biti primljena kao nagrada ili u zamenu za preporuku, prepisivanje, izdavanje, kupovinu, snabdevanje, prodaju, primenu, upućivanje, ugovaranje, ili poručivanje Farmaceutskih proizvoda, niti da bi se podstakle preporuke, prepisivanje, izdavanje, kupovinu, snabdevanje, prodaju, primenu, upućivanje, ugovaranje ili poručivanje Farmaceutskih proizvoda u budućnosti. Skrećemo pažnju da u ovom momentu nije preuzeta nikakva obaveza da se podrži ovaj program.

Potvrđujem da imam sva ovlašćenja da podnesem ovaj Obrazac molbe za donaciju u korist pacijenata i da dostavim podatke sadržane u molbi u ime Podnosioca molbe i bilo koje partnerske organizacije (ili organizacija), i potvrđujem da su svi odgovori i podaci dostavljeni u ovoj molbi istiniti, tačni i potpuni

Send Donation for Patient Benefit Request Form with supporting documents and this page to:

Merck d.o.o.
Omladinskih brigada 90v
11070 Novi Beograd

Your signature below confirms that: if awarded, this Donation for Patient Benefit is not being received as a reward or in exchange for recommending, prescribing, dispensing, purchasing, supplying, selling, administering, referring, arranging for, or ordering Pharmaceutical Products, or to induce recommending, prescribing, dispensing, purchasing, supplying, selling, administering, referring, arranging for, or ordering Pharmaceutical Products in the future. Note that at this time no commitment has been made to support this program.

I certify that I am fully authorized to submit this Donation for Patient Benefit Request and provide the information in the request on behalf of Requestor and any partner organization(s), and I affirm that all responses and information provided in this request are truthful, accurate, and complete.