|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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](mailto: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)