



**Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich  
"Nasze Zagłębie"**

Załącznik nr 4

**FORMULARZ DOFINANSOWANIA ZAKUPU LEKÓW I SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

Nazwa i adres apteki .....

Telefon kontaktowy .....

Imię i nazwisko podopiecznego Fundacji Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich Nasze Zagłębie  
.....

**OŚWIADCZENIE APTEKI**

(SKLEPU MEDYCZNEGO, INSTYTUCJI MEDYCZNEJ)\*

Ja niżej podpisany(a), reprezentując aptekę(sklep medyczny, instytucję medyczną)\*  
.....

(nazwa, adres) oświadczam, że wyrażam zgodę na współpracę, na poniższych zasadach, z

Fundacją w zakresie sprzedaży leków, środków opatrunkowych i sprzętu medycznego, zabiegów medycznych i rehabilitacyjnych\*

podopiecznemu Fundacji: .....

**Zasady współpracy:**

– przy zakupie leków, środków opatrunkowych i sprzętu medycznego, zabiegów medycznych i rehabilitacyjnych na podstawie okazanej umowy darowizny, zawartej pomiędzy Fundacją a podopiecznym, apteka, sklep medyczny, instytucja medyczna\*

wystawia fakturę VAT lub fakturę pro forma,

– nabywcą i odbiorcą na fakturze jest podopieczny Fundacji, a płatnikiem jest Fundacja,

– Apteka, sklep medyczny, instytucja medyczna\* przesyła kopię faktury na adres Fundacji :

Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich Nasze Zagłębie, 41-250 Czeladź, ul. Żytnia 30

*Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich  
"Nasze Zagłębie"  
41-250 Czeladź  
ul. Wojkowicka 2*

**1% KRS 0000364986**

[www.fundacjanaszczaglebie.com.pl](http://www.fundacjanaszczaglebie.com.pl)

tel. 791-398-062, 504-062-665

[fundacjanaszczaglebie@gmail.com](mailto:fundacjanaszczaglebie@gmail.com)



## Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich "Nasze Zagłębie"

- kwota wynikająca z faktury nie może być mniejsza niż 200 zł.
- Fundacja dokonuje przelewu w ciągu 7 dni od otrzymania kopii faktury
- w przypadku otrzymania faktury na kwotę mniejszą niż 100 zł., Fundacja dokonuje przelewu w ciągu 21 dni od otrzymania kopii faktury
- Fundacja pokrywa należności wynikające z wystawionej faktury wyłącznie do kwoty umowy darowizny zawartej z podopiecznym.

Współpraca oparta na zasadach opisanych powyżej zaczyna obowiązywać tylko i wyłącznie

w razie zawarcia umowy darowizny pomiędzy Fundacją i podopiecznym. Apteka, sklep medyczny, instytucja medyczna\* powinna przed wystawieniem faktury poprosić o okazanie dokumentu potwierdzającego przyznanie dofinansowania z Fundacji.

Fundacja nie ponosi odpowiedzialności za przypadki, w których osoba powołująca się

na podpisaną umowę z Fundacją przekroczyła limit przyznanych jej środków lub w

ogóle darowizny nie otrzymała, a apteka, sklep medyczny, instytucja medyczna\* wydała jej leki, sprzęt medyczny czy zrealizowała usługę medyczną przed terminem, w którym Fundacja powinna uregulować płatności.

.....  
(miejsowość, data, pieczętka apteki) podpis przedstawiciela

\* niepotrzebne skreślić

*Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich  
"Nasze Zagłębie"  
41-250 Czeladź  
ul. Wojkowska 2*

**1% KRS 0000364986**  
[www.fundacjanaszczaglebie.com.pl](http://www.fundacjanaszczaglebie.com.pl)  
tel. 791-398-062, 504-062-665  
[fundacjanaszczaglebie@gmail.com](mailto:fundacjanaszczaglebie@gmail.com)