

ДО
АСОЦИАЦИЯТА НА НАУЧНОИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИТЕ
ФАРМАЦЕВТИЧНИ ПРОИЗВОДИТЕЛИ В БЪЛГАРИЯ
УЛ. ФР. Ж. КЮРИ 19, БЛ. 1, ЕТ. 14, АП. 26

София 1113

М О Л Б А - Д Е К Л А Р А Ц И Я

От от гр.
ЕГН физическо лице/упълномощен представител на
.....

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,
Моля, да бъде приет/представяваната от мен фармацевтична
компания да бъде
приета за пълноправен член на Асоциацията на
научноизследователските фармацевтични производители в България.

С настоящата молба ДЕКЛАРИРАМ, че съм запознат и приемам изцяло
и без резерви Устава на ARPharM, Етичния кодекс на
научноизследователската фармацевтична индустрия в България,
Кодекса за взаимоотношенията между фармацевтичната индустрия и
пациентските организации в България, Кодекса за оповестяване на
предоставяне на стойност от фармацевтични дружества към
медицински специалисти и здравни организации, Етичния кодекс на
EFPIA, както и всички други актове и документи на Асоциацията.

Моля, да разгледате на първото заседание на Общото събрание
на Асоциацията и да я решите положително.

ПРИЛОЖЕНИЕ: 1. Анкетна карта.
2. Пълномощно.
3. Препис или извадка от търговския
регистър по регистрацията на фирмата –
производител.
4. Годишен отчет /annual report/ на компанията.

Дата:

С УВАЖЕНИЕ: