

.....(miejsowość),(data)

.....

Imię i nazwisko

.....

Nazwa placówki medycznej

.....

Adres placówki medycznej

.....

Nr KRS lub NIP placówki medycznej

Oświadczenie

o chęci przystąpienia do Programu poprawy dostępu pacjentów do terapii lekami o wysokiej skuteczności w stwardnieniu rozsianym (SM) prowadzonego przez firmę Roche Polska.

Wnoszę o darowiznę w postaci (jednej / dwóch)* pomp(y) do prowadzenia terapii pacjentów ze stwardnieniem rozsianym na oddziale neurologicznym.

Oddział neurologiczny, który reprezentuję, prowadzi terapię pacjentów w programie B.46. Wysokość rocznego kontraktu NFZ w programie B.46 w roku 2021 wynosi:

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie

Scan podpisanego oświadczenia należy wysłać na adres: biuro.prasowe@roche.com

*Niepotrzebne skreślić