

OŚWIADCZENIE APTEKI

Nazwa i adres apteki

Telefon kontaktowy

Imię i nazwisko podopiecznego Fundacji DOPL.....

Ja niżej podpisany(a), reprezentując aptekę

.....

(nazwa, adres) oświadczam, że wyrażam zgodę na współpracę, na poniższych zasadach, z Fundacją Dla Osób Pokrzywdzonych Losowo w zakresie sprzedaży leków, środków opatrunkowych i sprzętu medycznego podopiecznemu Fundacji.

Zasady współpracy:

- przy zakupie leków, środków opatrunkowych i sprzętu medycznego, na podstawie okazanej w aptece umowy darowizny, zawartej pomiędzy Fundacją DOPL a podopiecznym, apteka wystawia fakturę VAT lub fakturę pro forma,
- nabywcą i odbiorcą na fakturze jest podopieczny Fundacji, a płatnikiem jest Fundacja DOPL. Apteka przesyła kopię faktury na adres „FUNDACJA DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO” 43-502 Czechowice-Dziedzice, ul. Nad Białką 1b,
- kwota wynikająca z faktury powinna być większa niż 200 zł, w takim przypadku Fundacja DOPL dokonuje przelewu w ciągu 7 dni od otrzymania kopii faktury,
- w przypadku otrzymania faktury na kwotę mniejszą niż 200 zł, Fundacja DOPL dokonuje przelewu w ciągu 21 dni od otrzymania kopii faktury,
- Fundacja DOPL 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 DOPL i podopiecznym. Apteka powinna przed wystawieniem faktury poprosić o okazanie dokumentu potwierdzającego przyznanie dofinansowania z Fundacji DOPL jak również kontrolować wydatkowanie przyznaných w późniejszej umowie środków.

Fundacja DOPL nie ponosi odpowiedzialności za przypadki, w których osoba powołująca się na podpisaną umowę z Fundacją DOPL przekroczyła limit przyznaných jej środków lub w ogóle darowizny nie otrzymała, a apteka wydała jej leki przed terminem, w którym Fundacja DOPL powinna uregulować płatności.

Niniejsze porozumienie zawierane jest przez jednego podopiecznego wyłącznie z jedną apteką, której dane wpisane zostaną do umowy darowizny.

.....

miejsceowość, data, pieczęć apteki

.....

podpis przedstawiciela