

ODEBRAŁEM:

.....
(data) Podpis Prezesa ABM

.....(miejsowość), dnia.....(data)

DEKLARACJA WEKSŁOWA DO WEKSŁA *IN BLANCO*

Od:..... (nazwa Podmiotu składającego deklarację
ze wskazaniem formy prawnej) z siedzibą w adres:,
wpisana/ym do rejestru¹
prowadzonego przez, pod nr KRS, NIP, REGON
.....,²
- wystawcy weksła, zwana/-ym „Podmiotem składającym deklarację”
reprezentowana/-ym przez:³

1. Imię, nazwisko, stanowisko:

Seria i nr dowodu osobistego:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania

2. Imię, nazwisko, stanowisko:⁴

Seria i nr dowodu osobistego:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania

Do:

Agencji Badań Medycznych,

ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa

wierzyciela weksłowego

reprezentowanej przez:

Dr. hab. n. med. Radosława Sierpińskiego – Prezesa

§ 1

..... <nazwa Podmiotu składającego
deklarację>, niniejszym składa do dyspozycji Agencji Badań Medycznych weksel własny *in blanco* opatrzony
klauzulą „nie na zlecenie” poświadczony podpisem notarialnym wraz z niniejszą deklaracją weksłową
jako zabezpieczenie należytego wykonania zobowiązań wynikających z Umowy nr
..... z dnia r. o dofinansowanie Projektu:
.....
..... <tytuł Projektu> w ramach
..... <nazwa i nr Konkursu>, zawartej
pomiędzy Agencją Badań Medycznych a Beneficjentem zwanej dalej „Umową”.

¹ Przykładowo: przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS

² Wypełnić dane zgodnie z aktualnym stanem na dzień złożenia deklaracji.

³ Wypełnić zgodnie z aktualną reprezentacją Podmiotu składającego deklarację.

⁴ Wykreślić jeśli nie dotyczy.

§ 2

1. Agencja Badań Medycznych ma prawo:

- 1) wypełnić weksel, w okresie realizacji Projektu oraz w okresie 5 lat od dnia zakończenia Projektu, albo w przypadku wypowiedzenia Umowy, do sumy 100% kwoty przyznanego dofinansowania, powiększonej o odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, odsetki bankowe, które narosły od kwoty dofinansowania oraz o poniesione koszty windykacji;
- 2) opatrzyć weksel miejscem i datą wystawienia;
- 3) opatrzyć weksel datą płatności;
- 4) opatrzyć weksel klauzulą „bez protestu”.

2. Agencja Badań Medycznych zawiadomi o powyższym <nazwa Podmiotu składającego deklarację> listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru wysłanym na co najmniej 7 dni przed terminem płatności na adres, o którym mowa w § 3 niniejszej deklaracji, chyba że Podmiot składający deklarację powiadomi Agencję Badań Medycznych o zmianie adresu. Weksel będzie płatny w Warszawie na rachunek bankowy Agencji Badań Medycznych.

§ 3

..... <nazwa Podmiotu składającego deklarację> zobowiązuje się do poinformowania Agencji Badań Medycznych o każdej zmianie adresu. Pismo doręczone na adres: <adres wskazany przez Podmiot składający deklarację do korespondencji>⁵ lub zwrócone przez urząd pocztowy z adnotacją: "nie podjęto w terminie", "adresat wyprowadził się" lub inne podobne oraz dwukrotne awizo korespondencji pod ostatnim wskazanym przez Podmiot składający deklarację adresem będzie uważane za skuteczne doręczenie korespondencji.

§ 4

Podmiot składający deklarację niniejszym upoważnia Agencję Badań Medycznych do zniszczenia weksła po zrealizowaniu zobowiązań wynikających z Umowy nr _____ po upływie 14 dni od dnia wezwania go za pośrednictwem listu poleconego do obioru Weksła w siedzibie Agencji Badań Medycznych na adres, o którym mowa w § 3 niniejszej deklaracji, chyba że Podmiot składający deklarację powiadomi Agencję Badań Medycznych o zmianie adresu.

.....
(stempel firmowy)

.....
(podpis osoby upoważnionej do wystawienia weksła oraz pieczęć imienna)

.....
(podpis osoby upoważnionej do wystawienia weksła oraz pieczęć imienna)

⁵ Wskazać adres jak w komparycji deklaracji wekslowej.

.....(*miejsowość*), dnia.....(*data*)

WEKSEL WŁASNY *IN BLANCO*

Na zapłacę za ten weksel
(kwota liczbowo oraz słownie)

na rzecz Agencji Badań Medycznych, ale nie na jej zlecenie, sumę

.....
(kwota liczbowo oraz słownie)

Płatny dnia.....
(data płatności)

W:
(miejsce płatności)

.....
(podpis Wystawcy weksla i pieczęć imienna)

.....
(podpis Wystawcy weksla i pieczęć imienna)

.....
(podpis Wystawcy weksla)