

ANEXA 4 PROCES VERBAL/PROTOCOL DE PREDARE – PRIMIRE

Data: [Automatically completed on day of signing]

Farmacia si adresa Farmacia si adresa: [Pharmacy Name], [street/], [street number], [other details], [city], [county]

Commented [AH1]: Automatically completed

Obiect: Furnizarea pungilor de hârtie conform campaniei promoționale “PUNGI DE HÂRTIE ÎN FARMACII PENTRU PACIENTI” [Paper Bags Name] (denumită în continuare “Campania”)

[Name of Medical Representative], în calitate de Reprezentant Medical al societății DR.REDDY’S LABORATORIES ROMANIA S.R.L., , cu sediul social în București, str. Daniel Danielopolu, nr. 30-32, etaj 5, spațiul 1, sectorul 1, cod postal 014134, nr ORC J40/6590/2010, CUI RO 27144903, în calitate de remitent,

Și

[Name of the pharmacist], în calitate de primitor/ reprezentant al Farmaciei [Pharmacy Name], confirm prin prezenta livrarea de către remitent și primirea de către primitor a următoarelor articole:

Formatted: Not Highlight

Formatted: Not Highlight

Pungi de hârtie conform Campaniei promoționale [Paper Bags Name], -1 set, cu 1000 de bucăți/set.

Subsemnatul/(a), [Name of the pharmacist] în calitate de primitor și reprezentant al Farmaciei, declar că mi s-a adus la cunoștință de către DR. REDDY’S LABORATORIES ROMANIA S.R.L că aceste produse promoționale se vor distribui către pacienți numai până la data de [Expiry Date to be communicated by Marketing for each item]. Orice distribuire ulterioară este interzisă, urmând ca Farmacia, să suporte toate consecințele legale ale unei operațiuni neautorizate de către Remitent.

Confirm participarea la Campanie, confirm că am citit, înțeles și accept fără limitări Regulamentul oficial al Campaniei „PUNGI DE HÂRTIE ÎN FARMACII PENTRU PACIENTI” ~~PUNGI DE HARTIE IN FARMACII PENTRU PACIENTI~~” disponibil pe <https://www.drreddys.ro/ro/dedicate-farmacilor>, cunosc faptul că articolele menționate mai sus sunt destinate pacienților, așa cum este menționat în Regulamentul oficial al campaniei și, precum și faptul că acestea pot fi distribuite exclusiv până la data de [Expiry Date to be communicated by Marketing for each item].

~~Remitter/~~ Remitent: [Name of Medical Representative]

~~Signature/~~ Semnătură: _____

~~Recipient/~~Primitor: [Name of the pharmacist] _____

~~Signature/~~Semnătură: _____

