

.....(miejscowość), dnia.....(data)

## DEKLARACJA WEKSŁOWA DO WEKSŁA *IN BLANCO*

Od:

..... (nazwa Beneficjenta ze wskazaniem formy prawnej) z siedzibą w ....., wpisaną/ym do Rejestru<sup>1</sup> ....., prowadzonego przez ....., pod nr ....., NIP ....., REGON .....,

- wystawcy weksła, zwaną/ym „Beneficjentem”

reprezentowaną/anym przez:

1. Imię, nazwisko, stanowisko:

Seria i nr dowodu osobistego:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania

2. Imię, nazwisko, stanowisko:

Seria i nr dowodu osobistego:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania

Do:

**Agencji Badan Medycznych,**

ul. Moniuszki 1a , 00-014 Warszawa,

wierzyciela wekslowego

reprezentowanej przez:

dr n. med. Radosława Sierpińskiego – Prezesa,

### §1

..... <nazwa Beneficjenta>, 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

---

<sup>1</sup> przykładowo: Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy .....w ..... pod nr KRS .....

.....r. o dofinansowanie projektu:  
..... <tytuł projektu> w  
ramach..... <nazwa i nr konkursu>, zawartej pomiędzy Agencją Badań Medycznych a  
..... <nazwa Beneficjenta> zwanej dalej „Umową”.

## §2

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 oraz o poniesione koszty windykacji;
- 2) opatrzyć weksel miejscem i datą wystawienia;
- 3) opatrzyć weksel datą płatności;
- 4) opatrzyć weksel klauzulą „bez protestu”;

zawiadamiając ..... <nazwa Beneficjenta> listem poleconym za  
zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres, o którym mowa w § 3 niniejszej deklaracji.  
Zawiadomienie powinno być przekazane listem poleconym wysłanym co najmniej na 7 dni przed  
terminem płatności na podany w komparycji adres, chyba że Beneficjent powiadomi Agencję  
Badań Medycznych o zmianie adresu. Weksel będzie płatny w Warszawie na rachunek bankowy  
Agencji Badań Medycznych.

## §3

..... <nazwa Beneficjenta> zobowiązuje się do  
poinformowania Agencję Badań Medycznych o każdej zmianie adresu (siedziby). Pismo doręczone  
na adres: ..... <adres wskazany przez Beneficjenta do korespondencji> lub  
zwrócone przez urząd pocztowy z adnotacją: "nie podjęto w terminie", "adresat wyprowadził się"  
oraz dwukrotne awizo korespondencji pod ostatnim znanym Beneficjenta adresem (wskazany w  
komparycji powyżej) będzie uważane za skuteczne doręczenie korespondencji.

## §4

Beneficjent niniejszym upoważnia Agencję Badań Medycznych do zniszczenia weksla po  
zrealizowaniu zobowiązań wynikających z Umowy nr \_\_\_\_\_ po upływie 14 dni od dnia wezwania  
go za pośrednictwem listu poleconego do obioru Weksla w siedzibie Agencji Badań Medycznych.

.....  
(stempel firmowy)

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

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

.....  
(stempel firmowy ABM)

.....  
(podpis prezesa ABM)

## Weksel

....., dnia .....  
(miejsce i data)

Na..... zapłacę za ten weksel na rzecz  
(kwota liczbowo)

Agencji      Badań      Medycznych,      ale      nie      na      jej      zlecenie,

sumę .....  
(kwota słownie)

Płatny dnia .....  
(data płatności)

w .....  
(miejsce płatności)

.....  
podpis wystawcy weksla oraz pieczęć imienna

.....  
podpis wystawcy weksla oraz pieczęć imienna

.....  
pieczęć wystawcy weksla