

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 10 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 odbioru 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)