**ODEBRAŁEM:**

………………………………….

*(data)* Podpis Prezesa ABM

.........................*(miejscowość),* dnia………………..*(data)*

**DEKLARACJA WEKSLOWA DO WEKSLA *IN BLANCO***

Od:………………………………………………………….. *(nazwa Podmiotu składającego deklarację ze wskazaniem formy prawnej)* z siedzibą w ……………… adres: ……………………………………, wpisaną/ym do rejestru[[1]](#footnote-1) ………………………………………………………………………, prowadzonego przez ………………, pod nr KRS …………………….., NIP ……………….., REGON ……………………….,[[2]](#footnote-2)

- wystawcy weksla, zwaną/-ym *„Podmiotem składającym deklarację”*

reprezentowaną/-ym przez:[[3]](#footnote-3)

1. Imię, nazwisko, stanowisko:

Seria i nr dowodu osobistego:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania

1. Imię, nazwisko, stanowisko:[[4]](#footnote-4)

Seria i nr dowodu osobistego:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania

Do:

**Agencji Badań Medycznych,**

**ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa**

**wierzyciela wekslowego**

**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 wekslową 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”.*

**§ 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]](#footnote-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 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 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 weksla oraz pieczęć imienna)

*............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do wystawienia weksla oraz pieczęć imienna)

.........................*(miejscowość),* 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) |

1. Przykładowo: przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS ……… [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełnić dane zgodnie z aktualnym stanem na dzień złożenia deklaracji. [↑](#footnote-ref-2)
3. Wypełnić zgodnie z aktualną reprezentacją Podmiotu składającego deklarację. [↑](#footnote-ref-3)
4. Wykreślić jeśli nie dotyczy. [↑](#footnote-ref-4)
5. Wskazać adres jak w komparycji deklaracji wekslowej. [↑](#footnote-ref-5)