

.....(miejsowość), dnia.....(data)

## DEKLARACJA WEKSŁOWA DO WEKSŁA *IN BLANCO*

Od:

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

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

## §4

Lider Konsorcjum 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.

.....  
(stempel firmowy)

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

.....  
(podpis osoby upoważnionej do wystawienia weksła 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