

**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 rejestru<sup>1</sup> .....,  
prowadzonego przez ....., pod nr KRS ....., NIP ....., REGON  
.....,<sup>2</sup>  
- wystawcy weksła, zwana/-ym „Podmiotem składającym deklarację”  
reprezentowana/-ym przez:<sup>3</sup>

1. Imię, nazwisko, stanowisko:

Seria i nr dowodu osobistego:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania

2. Imię, nazwisko, stanowisko:<sup>4</sup>

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”.

<sup>1</sup> Przykładowo: przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS .....

<sup>2</sup> Wypełnić dane zgodnie z aktualnym stanem na dzień złożenia deklaracji.

<sup>3</sup> Wypełnić zgodnie z aktualną reprezentacją Podmiotu składającego deklarację.

<sup>4</sup> 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><sup>5</sup> 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)

---

<sup>5</sup> 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)