….……………..………(miejscowość), ………..…….(data)

………………………………….……...

Imię i nazwisko

…………………………….…………...

Nazwa placówki medycznej

…………………….…………………...

Adres placówki medycznej

…………………………….…………...

Nr KRS lub NIP placówki medycznej

**Oświadczenie**

**o chęci przystąpienia do Programu “Nauka ratuje życie” dot. poprawy dostępu pacjentów do terapii lekami o wysokiej skuteczności w stwardnieniu rozsianym (SM) oraz edukacji pacjentów z zakresu choroby prowadzonego przez Roche Polska sp. z o.o..**

Wnoszę o przyjęcie zgłoszenia do prowadzonego przez Roche Polska sp. z o.o. (“Roche Polska”) programu “Nauka ratuje życie”, który obejmuje zapewnienie materiałów edukacyjnych dla pacjentów z zakresu stwardnienia rozsianego oraz przekazanie do bezpłatnego używania wolumetrycznej pompy infuzyjnej do prowadzenia terapii pacjentów ze stwardnieniem rozsianym na oddziale neurologicznym placówki medycznej.

Oddział neurologiczny, który reprezentuję, prowadzi terapię pacjentów w programie B.29.

W związku z powyższym wnoszę o jedną wolumetryczną pompę infuzyjną.

**………………………………………...………**

**Podpis osoby składającej oświadczenie**

Skan podpisanego oświadczenia należy wysłać na adres: biuro.prasowe@roche.com

\*Niepotrzebne skreślić