

GD0464 BILAG 1

Dokumentation for Donation

(Godkendes af hospitalet/organisationen og returneres i underskrevet stand til GSK Pharma A/S
Att.: Grants & Donations

Udfyld venligst felterne i højre kolonne

Navn på den aktivitet, projekt, udstyr eller enhed, som donationen eller tilskuddet støtter	TRANSPORT UDGIFTER FOR MØDEDELTAGERE TIL MØDE I FINLAND 23-24/10. 17.
Navne(e) på hospitalet/afdelingen el. lign, som håndterer aktiviteten, projektet, udstyret eller enheden	BISPEBJERG HOSPITAL LUNGEFORSKNINGEN
Navn(e) på hospitalsperson(er), som er ansvarlig for aktiviteten, projektet, udstyret eller enheden.	CELESTE PORSBJERG
Navn(e) på hospitalsperson(er), som er ansvarlig for den konto (penge) eller enhed (naturalier), som donationen eller tilskuddet overføres til	CELESTE PORSBJERG
Navn på den leder, direktør el. lign. person med kompetence på hospitalet, som har godkendt, at hospitalet/afdelingen kunne modtage donationen eller tilskuddet	VIBEKE BACKER
Type aktivitet/projekt/udstyr/enhed, som donationen eller tilskuddet ydes til	THE NORDIC SEVERE ASTMA NETWORK
Formålet med aktiviteten/projektet/udstyret, som donationen eller tilskuddet gives til	MØDE
Tidshorisont (hvis muligt)	MØDET FOREGÅR 23-24/10-17
Den finansielle bevillingsstørrelse	5.500 EURO
Naturaliernes omfang, indhold og anslåede værdi	

Jeg bekræfter ved min underskrift, at jeg er bekendt med GSK's etiske regler, og at jeg har kompetence til at godkende donationen til det hospital, hvor jeg er ansat.

24/10/2017

Dato:

Underskrift:

