

SPØRGESKEMA
til brug for deltagelse i
Pharmadanmarks fælles ansvarsforsikringsordning for
Kliniske konsulenter

Venligst udfyld nedenstående skema:

Virksomhedens navn og adresse:	
Virksomhedens CVR-nr.:	
Kontaktperson og telefonnummer:	
Forventet omsætning fra underskrifts- dato og 12 måneder frem:	DKK
Har virksomheden de seneste 5 år haft skader eller modtaget erstatningskrav? Hvis ja, ønskes en kort beskrivelse af sagen, datoen for kravet samt erstatningens størrelse.	

Dato og underskrift: