

**Wniosek o wyrażenie zgody na spotkanie z osobami uprawnionymi do wystawiania recept /
innym personelem medycznym w celu przedstawienia informacji handlowych**

Nazwa produktu / wyrobu:

.....

Opis produktu / wyrobu:

.....

.....

Miejsce spotkania (oddział):

Proponowana data i godzina spotkania:

Nazwa reprezentowanej firmy:

Imię i nazwisko przedstawiciela:

Telefon / adres e-mail przedstawiciela:

Oświadczam, że jestem upoważniony/-a do reprezentowania ww. firmy w zakresie reklamy produktów leczniczych / wyrobów medycznych kierowanych do osób uprawnionych do wystawiania recept oraz zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa dotyczących reklamy produktów leczniczych.

.....
Data i podpis przedstawiciela

Opinia Ordynatora / Koordynatora oddziału:

.....

.....

.....

.....

.....
Data i podpis Ordynatora / Koordynatora oddziału

NIE WYRAŻAM zgody

WYRAŻAM zgodę

.....
Podpis Z-cy Dyrektora

.....
Podpis Z-cy Dyrektora