



WNIOSEK

o wyrażenie zgody na:

- przeprowadzenie reklamy produktów leczniczych skierowanej do osób uprawnionych do wystawiania recept**
- przeprowadzenie reklamy wyrobów medycznych, sprzętu i aparatury medycznej**
- przeprowadzenie prezentacji/testowania sprzętu i aparatury medycznej**

.....
.....

Produkt leczniczy/wyrób medyczny/sprzęt/aparatura medyczna

.....
.....
.....
.....

Firma (nazwa i dane teleadresowe Wnioskodawcy)

.....
.....
.....

Osoby realizujące spotkanie po stronie Wnioskodawcy (imię i nazwisko, stanowisko):

.....
.....
.....

Proponowany termin spotkania/prezentacji/testowania:

dzień.....godziny od.....do.....

Komórka organizacyjna Szpitala, której działalności dotyczy spotkanie

.....
.....
.....

Oświadczam, że proponowane spotkanie realizowane będzie z zachowaniem przepisów prawa i zasad obowiązujących w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

Miejscowość, dnia

.....

Podpis Wnioskodawcy - Przedstawiciela firmy

Wypełnia Szpital

Opinia Kierownika komórki organizacyjnej Szpitala, której działalności dotyczy spotkanie

.....
.....
.....

Zamość, dnia.....

.....

podpis Kierownika komórki organizacyjnej

Decyzja Dyrektora:

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

Zamość, dnia

.....

podpis i pieczęć