



WNIOSEK

o wyrażenie zgody na:

- ☐ **przeprowadzenie reklamy produktów leczniczych skierowanej do osób uprawnionych do wystawiania recept**
- ☐ **przeprowadzenie reklamy wyrobów medycznych, 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:

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

