

**Wniosek o wyrażenie zgody
na spotkanie przedstawiciela medycznego lub handlowego w celu reklamy
produktu leczniczego**

Dane wnioskodawcy:

Nazwa:.....

KRS:.....

NIP:.....REGON:.....

Dane przedstawiciela

Imię i nazwisko przedstawiciela:.....

Nr legitymacji służbowej lub inny dokument:.....

Telefon:.....

Adres email:.....

Reklamowane produkty lecznicze:.....

Miejsce wizyty- nazwa komórki organizacyjnej:.....

Osoby objęte spotkaniem:.....

Proponowany termin spotkania.....

.....

Data

.....

Podpis Wnioskodawcy

Wyrażam / nie wyrażam zgody na reklamę produktów leczniczych

- Zgoda jednorazowa
- Zgoda na rok

.....

Data

.....

Podpis Dyrektora
SP ZOZ w Proszowicach