

Szp.2/NS-0710-.....

**Wniosek o wydanie zgody
na spotkanie osoby zajmującej się reklamą produktu leczniczego
kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept**

Dane wnioskodawcy:

Firma (nazwa firmy i adres)

.....
.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ubiegającego się o zgodę :

.....

Telefon kontaktowy..... email:.....

Spotkanie dotyczy produktu (nazwa):.....

Uprawnieni do wystawiania recept pracownicy Oddziału

Proponowany termin spotkania (data):.....

dnia

.....
Podpis osoby umocowanej do działania

w imieniu wnioskodawcy

ZGODA

Działając na podstawie §13 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz.U z 2008 Nr 210 poz. 1327) ,
wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na odwiedzanie pracowników SP ZOZ Szpital Nr 2 im. dr. Tadeusza Boczonია w Mysłowicach uprawnionych do wystawiania recept, poza ich godzinami pracy (14³⁰ do 15⁰⁰) , w celu reklamy produktów leczniczych.

Niniejsza zgoda obowiązuje w dniu.....

.....

(data i podpis Dyrektora Szpitala)

**niepotrzebne skreślić*