

Bielsko-Biała, dnia .....

Dane Wnioskodawcy:

.....

Dane firmy

.....

Imię i nazwisko przedstawiciela medycznego lub handlowego

.....

Kontakt tel.

## **WNIOSEK O SPOTKANIE W CELACH REKLAMY PRODUKTU LECZNICZEGO**

Ja niżej podpisany/a, reprezentujący firmę: .....

(podać nazwę i adres firmy)

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody w celu reklamy produktów leczniczych poprzez odwiedzanie pracowników Szpitala Pediatrycznego – osób uprawnionych do wystawiania recept, poza ich godzinami pracy:

.....

(wskazać oddział Szpitala, lub imię i nazwisko pracownika Szpitala)

Wnioskuje o udzielenie zezwolenia na spotkania w okresie: .....

.....

(podać propozycje daty i godziny spotkania lub określony przedział czasowy )

.....

(podpis wnioskodawcy)

Wrażam zgodę / nie wyrażam zgody (\*)

Wyznaczam inny termin spotkań .....

.....

podpis Dyrektora Szpitala Pediatrycznego  
lub osoby upoważnionej

(\*) niepotrzebne skreślić