



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
62-600 Koło, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 25
tel.: (63) 26-26-100, fax.: (63) 27-20-850 NIP: 666-18-89-172, REGON: 000308554



Wniosek o uzyskanie zgody
na spotkanie przedstawiciela medycznego lub handlowego
w celu reklamy produktów leczniczych

Dane wnioskodawcy

Nazwa firmy: NIP REGON Nr KRS		
Dane przedstawiciela: imię i nazwisko nr leg. służbowej lub inny dokument potwierdzający cel wizyty		
Miejsce wizyty – nazwa komórki organizacyjnej Szpitala		
Termin oraz przewidziany czas trwania wizyty	Dnia.....	Od godz. do godz.
Prezentowane produkty - materiały informacyjne		
Data	Podpis Wnioskodawcy - pieczętka	

Zgoda

Wyrażam / nie wyrażam zgody na prezentację reklamy produktu /usług

Niniejsza zgoda obowiązuje w terminie od.....do.....

Data	Pieczętka i podpis Dyrektora

WYKAZ UCZESTNIKÓW
BIORĄCYCH UDZIAŁ W REKLAMIE PRODUKTÓW LECZNICZYCH

l.p.	Nazwisko i imię	Nazwa Komórki Organizacyjnej	Podpis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			