**WNIOSEK PRZEDSTAWICIELA FIRMY FARMACEUTYCZNEJ**

**O WYRAŻANIE ZGODY NA SPOTKANIE Z OSOBAMI UPRAWNIONYMI DO WYSTAWIANIA RECEPT**

**W SP ZOZ SZPITALU SPECJALISTYCZNYM MSW W OTWOCKU**

**Wypełnia przedstawiciel firmy farmaceutycznej**

Imię i nazwisko przedstawiciela:…………………………………………………………………………………..

Nazwa firmy:…………….………………………..…………………………………………………………..…………..

Telefon kontaktowy:…………………………..………………………………….………………………………..….

Cel spotkania:…………………………………………………………..……………………….…………………………

………………………………………………………………………………………………………………………..…………..

………………………………………………………………………………………………………………….…………………Nazwa Oddziału, którego dotyczy spotkanie/prezentacja:………………….……………………….

Forma (*niepotrzebne skreślić*): - spotkanie w Oddziale - prezentacja

Planowana data i godzina spotkania:……………………………………………………………………………

*…………………………………………………………………………………….*

*Data złożenia wniosku i czytelny podpis przedstawiciela*

**Wypełnia ordynator/kierownik komórki organizacyjnej:**

* Wyrażam zgodę na przeprowadzenie spotkania/prezentacji we wnioskowanym terminie i czasie. Oświadczam, że spotkanie/prezentacja nie utrudni pracy Oddziału i odbędzie się poza godzinami pracy lekarzy \*).
* Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie spotkania/prezentacji we wnioskowanym terminie i czasie \*).

*\*) niepotrzebne skreślić*

*………………………………………………………………………*

*Data, podpis i pieczęć*

*ordynatora/kierownika komórki organizacyjnej*

**Wypełnia Dyrektor Szpitala**

* Wyrażam zgodę na przeprowadzenie spotkania/prezentacji \*).
* Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie spotkania/prezentacji \*).

*\*) niepotrzebne skreślić*

*………………………………………………………………….*

*Data podpis i pieczęć Dyrektora Szpitala*