

# WNIOSEK PRZEDSTAWICIELA FIRMY FARMACEUTYCZNEJ O WYRAŻENIE ZGODY NA SPOTKANIE Z LEKARZEM NA TERENIE SP ZOZ MSWiA W KATOWICACH

---

## Wypełnia przedstawiciel firmy farmaceutycznej

Imię i nazwisko przedstawiciela: .....

Nazwa firmy: .....

Telefon kontaktowy: .....

Cel spotkania oraz nazwa reklamowanego produktu leczniczego (jeżeli dotyczy):

.....  
.....

Imię i nazwisko lekarza: .....

Planowana data i godzina spotkania: .....

Planowane miejsce spotkania (nazwa komórki organizacyjnej): .....

.....  
Data i czytelny podpis przedstawiciela:

---

## Wypełnia lekarz

Oświadczam, że spotkanie z przedstawicielem firmy farmaceutycznej w miejscu i terminie wskazanym w niniejszym wniosku nie będzie utrudniało prowadzenia przeze mnie działalności i odbędzie się poza godzinami mojej pracy

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza

### **Wypełnia osoba kierująca komórką organizacyjną**

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie spotkania na terenie kierowanej przeze mnie komórki organizacyjnej. Jednocześnie zobowiązuję się do nadzorowania, aby spotkanie nie utrudniało działalności komórki organizacyjnej oraz odbyło się poza godzinami pracy lekarza\*)
- Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie spotkania na terenie kierowanej przeze mnie komórki organizacyjnej\*)

\*) proszę niepotrzebne skreślić

.....  
Data, podpis i pieczęć osoby kierującej komórką organizacyjną

---

### **Wypełnia Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa**

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie spotkania na terenie komórki organizacyjnej\*)
- Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie spotkania na terenie komórki organizacyjnej\*)

\*) proszę niepotrzebne skreślić

.....  
Data, podpis i pieczęć Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

---

Przyjęto dnia: .....