

Górzno, dnia

pieczęć SP ZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie

ZGODA NA SPOTKANIE

Z PRZEDSTAWICIELEM MEDYCZNYM / HANDLOWYM

W imieniu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie wyrażam zgodę na spotkanie przedstawiciela medycznego / handlowego firmy farmaceutycznej

.....

(pełna nazwa firmy farmaceutycznej, siedziba)

Pani / Pana

(imię i nazwisko przedstawiciela medycznego / handlowego)

działającą/ego na podstawie pełnomocnictwa z dnia i
legitymującą/ego się dowodem osobistym numer

z Panią / Panem uprawnioną/ym do wystawiania recept.
Powyższe spotkanie może odbyć się przy zachowaniu warunków określonych w § 13
rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów
leczniczych (Dz. U. nr 210 poz. 1327).

Niniejsza zgoda ma charakter jednorazowy i dotyczy wniosku o wyrażenie zgody na odbycie
spotkania z dnia r.

.....

podpis Dyrektora SP ZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie