

Wniosek Przedstawiciela firmy farmaceutycznej / firmy handlowej / medycznej zajmującej się wytwarzaniem, dystrybucją lub reklamą produktów leczniczych na odbywanie spotkań z osobami uprawnionymi do wystawiania recept

1. Imię i nazwisko oraz seria i numer dowodu osobistego przedstawiciela firmy:

.....

2. Adres e-mail:

3. Numer telefonu:

4. Pełna nazwa i adres firmy farmaceutycznej / firmy handlowej / medycznej:

.....

Niniejszym wnoszę o wyrażenie zgody na odbywanie spotkań z osobami uprawnionymi do wystawiania recept w SP ZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie.

W załączeniu składam pełnomocnictwo do występowania w imieniu w/w firmy farmaceutycznej / firmy handlowej / medycznej.

data, czytelny podpis