Warszawa, dnia ……………………………………

**…………………………………**

Nazwa i adres firmy

**WNIOSEK**

O wyrażenie zgody na :

* Spotkania przedstawicieli firmy …………………………………………………… z lekarzami i pracownikami PIM MSWiA na terenie Szpitala w 2023 r.
* Testowanie/Użyczenie/prezentację\* następującego asortymentu:

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

**Nazwa Jednostki organizacyjnej Klinik/Oddziałów PIM MSWiA, w której będą prowadzone spotkania, testowanie/użyczenie/prezentacje\***

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

**Imię i nazwisko przedstawiciela firmy:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………….

(podpis osoby składającej wniosek)

Opinia Kierownika/Ordynatora w/w jednostki organizacyjnej

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………..

(Podpis Kierownika/Ordynatora)

**Wyrażam zgodę na spotkania z lekarzami i pracownikami PIM MSWiA w roku 2023 oraz na testowanie/Użyczenie/prezentację.**

…………………………………………………

\*niepotrzebne skreślić