|  |  |
| --- | --- |
| **Wniosek o wyrażenie zgody na spotkanie celem reklamy produktów leczniczych / wyrobów medycznych przez klientów zewnętrznych / przedstawicieli firm farmaceutycznych i medycznych  w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 PUM w Szczecinie** | |
| **DANE WNIOSKODAWCY – wypełnia klient zewnętrzny / przedstawiciel firmy farmaceutycznej lub medycznej:** | |
| Nazwa firmy: |  |
| NIP, REGON, KRS: |  |
| Imię i nazwisko przedstawiciela: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| E-mail: |  |
| Cel spotkania oraz nazwa reklamowanego produktu leczniczego/wyrobu medycznego: |  |
| Nazwa komórki organizacyjnej, której dotyczy spotkanie (miejsce spotkania): |  |
| Imię i nazwisko lekarza: |  |
| Planowany termin spotkania - data i godzina: |  |
| Data i czytelny podpis przedstawiciela: |  |
| **Oświadczenie / Zgoda – wypełnia Lekarz Kierujący Kliniką / Kierownik jednostki organizacyjnej USK-2** | |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie spotkania na terenie kierowanej przeze mnie Kliniki / jednostki organizacyjnej.  ……………………………………………………………………………………………………………………  Data, pieczęć i podpis Lekarza kierującego Kliniką / Kierownika jednostki organizacyjnej | |
| **Oświadczenie / Zgoda – wypełnia Dyrektor USK-2** | |
| Działając na podstawie § 13 ust.3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r.  w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1648) wyrażam zgodę na spotkanie z pracownikiem Szpitala poza godzinami pracy celem reklamy produktów leczniczych.  ……………………………………………………………………………………………………………………….  Data, pieczęć i podpis Dyrektora USK-2 | |

*Niniejsza zgoda wystawiona jest na czas oznaczony, tj. na okres …………….. od dnia udzielenia zgody przez Dyrektora USK-2.*