|  |
| --- |
| **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.*