



UNIWERSYTECKI
SZPITAL
KLINICZNY NR 2
PUM w Szczecinie

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.