

Górzno, dnia .....

pieczęć SP ZOZ MSW Centrum Rehabilitacji w Górznie

ZGODA NA SPOTKANIE  
Z PRZEDSTAWICIELEM MEDYCZNYM / HANDLOWYM

W imieniu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW Centrum Rehabilitacji w Górznie wyrażam zgodę na spotkanie przedstawiciela medycznego / handlowego firmy farmaceutycznej

.....  
(pełna nazwa firmy farmaceutycznej, siedziba)

Pani / Pana .....  
(imię i nazwisko przedstawiciela medycznego / handlowego)

działającą/ego na podstawie pełnomocnictwa z dnia .....  
i legitymującą/ego się dowodem osobistym numer .....  
z Panią / Panem ..... uprawnioną/ym do wystawiania  
recept.

Powyższe spotkanie może odbyć się przy zachowaniu warunków określonych w § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz. U. nr 210 poz. 1327).

Niniejsza zgoda ma charakter jednorazowy i dotyczy wniosku o wyrażenie zgody na odbycie spotkania z dnia ..... r.

.....  
podpis Dyrektora SP ZOZ MSW Centrum Rehabilitacji w Górznie