

Załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora USK-2 nr 274/2024 - 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.”

| 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 osoby/osób z którą/którymi planowane jest spotkanie : | |
| Planowany termin spotkania - data : | |
| Data i czytelny podpis przedstawiciela: | |
| Oświadczenie / Zgoda – wypełnia Lekarz Kierujący Kliniką / Kierownik jednostki organizacyjnej USK-2 | |
| <p>Wyrażam zgodę na przeprowadzenie spotkania na terenie kierowanej przeze mnie Kliniki / jednostki organizacyjnej terminie :</p> <p>.....</p> <p>Data, pieczęć i podpis Lekarza kierującego Kliniką / Kierownika jednostki organizacyjnej</p> | |
| Oświadczenie / Zgoda – wypełnia Dyrektor USK-2 | |
| <p>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)</p> <p>wyrażam zgodę na spotkanie z pracownikiem Szpitala w terminie</p> <p>.....</p> <p>Data, pieczęć i podpis Dyrektora USK-2</p> | |