

.....

(nazwa firmy)

.....

(miejsce i data)

.....

(adres firmy)

**Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Tomaszowie Lubelskim**

**Wniosek o udzielenie zgody na odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept zatrudnionych w SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept zatrudnionych w SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim przez następujących przedstawicieli medycznych / handlowych firmy .....

- 1. ....,
- 2. ....,
- 3. ....

Działając na podstawie § 13 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.11.2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept zatrudnionych w SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim przez w/w przedstawicieli medycznych / handlowych firmy ..... pod warunkiem przestrzegania zasad określonych w w/w Rozporządzeniu.

Zgoda zostaje udzielona na okres .....

.....

(podpis i pieczęć Dyrektora)

