

Załącznik nr 5
do Procedury Antykorupcyjnej i Konfliktów interesu

WNIOSEK O WYDANIE ZGODY
na szkolenie/warsztaty przedstawiciela/li firmy z pracownikami Szpitala mające na celu
przedstawienie wyrobów medycznych i/lub produktów leczniczych

Dane wnioskodawcy

Nazwa i dane adresowe

NIP..... REGON

Imię i nazwisko przedstawiciela wnioskującego o zgodę:

.....

Telefon kontaktowy..... E-mail.....

Wymagane informacje:

- produkt (nazwa):
- komórka organizacyjna Szpitala:
- grupa zawodowa i proponowana liczba:
- przewidywany termin spotkania:*
- przewidywany czas spotkania:

.....

Data i podpis osoby wnioskującej

Udzielam zgodę jednorazową

Udzielam zgodę czasową w terminie od..... do.....

.....

Podpis Dyrektora Szpitala lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

* Szkolenia/warsztaty odbywają się wyłącznie poza godzinami pracy pracowników Szpitala biorących w nich udział zgodnie z § 13 ust 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz.U.2023.1648).