

## Wniosek o wyrażenie zgody

na spotkanie z osobami uprawnionymi do wystawiania recept, zatrudnionymi w COPERNICUS PL  
Sp. z o. o., w celu reklamy produktu leczniczego / wyrobu medycznego.

NAZWA produktu/ wyrobu	
krótki opis/ przeznaczenie produktu/ wyrobu	
nazwa reprezentowanej firmy/ inię i nazwisko przedstawiciela	
adres e-mail/ nr telefonu przedstawiciela	
miejsce spotkania	Szpital im. Mikołaja Kopernika/ Szpital św. Wojciecha/ Wojewódzkie Centrum Onkologii/ Przychodnia Przyszpitalna*
komórka organizacyjna Spółki (nazwa oddziału/ poradni)	
charakter spotkania	Prezentacja produktu/ spotkanie informacyjne/ szkolenie/ inne .....*
data i godzina spotkania	

Oświadczam, że:

- jestem upoważniony do reprezentowania ww. firmy w zakresie reklamy produktów leczniczych kierowanych do osób uprawnionych do wystawiania recept, **w załączeniu przedkładam stosowne pełnomocnictwo**,
- zapoznałem się z obowiązującymi w Spółce zasadami spotkań z osobami uprawnionymi do wystawiania recept, wskazanymi w niniejszym Zarządzeniu i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
- zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa dotyczących reklamy produktów leczniczych.

.....  
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

### **WNIOSKI NIEKOMPLETNE POZOSTANĄ BEZ ROZPATRZENIA**

Umówienie/ odwołanie spotkania pozostaje swobodną decyzją osób uprawnionych do wystawiania recept.

**Każde kolejne spotkanie wymaga ponownej zgody.**

**Opinia kierownika komórki organizacyjnej:** nie popieram/ popieram powyższy wniosek\*

**Uzasadnienie:**

\*niewłaściwe skreślić

.....  
data i podpis kierownika kom. org.

**Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**

.....  
data i podpis osoby upoważnionej