

**Wniosek o wyrażenie zgody
na wizytę w COPERNICUS PL Sp. z o.o. w celu reklamy produktu leczniczego / wyrobu medycznego**

NAZWA produktu/wyrobu	
Krótki opis/przeznaczenie produktu/ wyrobu	
1. Pełna nazwa firmy 2. Imię i nazwisko przedstawiciela	1. 2.
Adres e-mail i numer telefonu przedstawiciela	
Miejsce wizyty	Szpital im. Mikołaja Kopernika/ Szpital św. Wojciecha/ Wojewódzkie Centrum Onkologii/ Przychodnia Przychodnia Przyszpitalna*
Komórka organizacyjna Spółki (nazwa oddziału lub poradni)	
Charakter wizyty	Prezentacja produktu/ spotkanie informacyjne/ szkolenie/ inne*
Data i godzina spotkania	

Oświadczam, że:

- 1) jestem upoważniony do reprezentowania ww. firmy w zakresie reklamy produktów leczniczych kierowanych do osób uprawnionych do wystawiania recept, **w załączeniu przedkładam stosowne pełnomocnictwo,**
- 2) zapoznałem się z obowiązującymi zasadami przedstawiania informacji handlowych dotyczących produktu leczniczego lub wyrobu medycznego oraz spotkań z osobami uprawnionymi do wystawiania recept, zatrudnionymi w COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
- 3) zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa dotyczących reklamy produktów leczniczych/wyrobów medycznych.

.....
data i czytelny podpis Wnioskodawcy

- *Wnioski niekompletne pozostaną bez rozpatrzenia.*
- *Umówienie/odwołanie spotkania pozostaje swobodną decyzją osób uprawnionych do wystawiania recept.*
- *Każda kolejna wizyta wymaga ponownej zgody.*

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

Uzasadnienie:

.....
data i czytelny podpis kierownika oddziału/poradni

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

.....
data i podpis osoby upoważnionej

*niewłaściwe skreślić