

Przyjęto dnia:

Pieczęć wpływu

**WNIOSEK PRZEDSTAWICIELA FIRMY FARMACEUTYCZNEJ
o wyrażenie zgody na spotkanie z lekarzem na terenie GCM**

Część I – wypełnia przedstawiciel firmy farmaceutycznej

Imię i nazwisko przedstawiciela:

Nazwa firmy:

Telefon kontaktowy:

Cel spotkania oraz nazwa reklamowanego produktu leczniczego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko lekarza:

Planowana data i godzina spotkania:

Planowane miejsce spotkania
(nazwa komórki organizacyjnej GCM):

Data i czytelny podpis przedstawiciela:

Część II – wypełnia lekarz GCM

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że spotkanie z przedstawicielem firmy farmaceutycznej w miejscu i terminie wskazanym w niniejszym wniosku nie będzie utrudniało prowadzenia przeze mnie działalności i odbędzie się poza godzinami mojej pracy.

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza GCM

Część III – wypełnia osoba kierująca komórką organizacyjną GCM

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie spotkania na terenie kierowanej przeze mnie komórki organizacyjnej. Jednocześnie zobowiązuję się do nadzorowania, aby spotkanie nie utrudniało działalności komórki organizacyjnej oraz odbyło się poza godzinami pracy lekarza*).
- Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie spotkania na terenie kierowanej przeze mnie komórki organizacyjnej GCM*).

**) proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem X*

.....
Data, podpis i pieczęć osoby kierującej komórką organizacyjną GCM

Część IV – wypełnia Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa GCM

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie spotkania na terenie komórki organizacyjnej GCM*).
- Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie spotkania na terenie komórki organizacyjnej GCM*).

**) proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem X*

.....
Data, podpis i pieczęć Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa GCM