Załącznik nr 3 do Regulaminu reklamy produktów leczniczych

na terenie Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jana Pawła II

**Wniosek o wydanie zgody**

**na spotkanie osoby zajmującej się reklamą produktu leczniczego**

**kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept**

**Dane wnioskodawcy**

Firma:……………………………………………………………………………………………

NIP:…………………………………..REGON:………………………………………………..

**Spotkanie dotyczy produktu:**…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Uprawnieni do wystawiania recept objęci spotkaniem:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Proponowany termin spotkania:**………………………………………………………….....................................

………………………………………………….

Data i podpis osoby umocowanej do działania w imieniu wnioskodawcy

**ZGODA**

Działając na podstawie §13 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2022 zmieniającego Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz.U 2022 poz.1554) wyrażam zgodę na odwiedzanie pracowników Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jana Pawła II uprawnionych do wystawiania recept, poza ich godzinami pracy, w celu reklamy produktów leczniczych.

Niniejsza zgoda obowiązuje w terminie od ……………… …………………….do …………………………………………

*…………………………………………*

Podpis Dyrektora Szpitala

Potwierdzam odbiór *………………………………………………………………*

*(data i podpis)*