

Załącznik
do zasad kontaktów firm medycznych/farmaceutycznych
i ich przedstawicieli z personelem medycznym SPSZOZ "Zdroje"

DANE WNIOSKODAWCY		
Nazwa firmy		
Dane kontaktowe przedstawiciela firmy		
Miejsce spotkania – nazwa komórki organizacyjnej szpitala		
Termin spotkania	dnia.....	od godz. do godz.....
Cel spotkania		
Data:	Podpis wnioskodawcy:	
DECYZJA		
Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody		
Data:	Piecątka i podpis Dyrektora:	