

.....  
(nazwa i adres firmy)

.....  
(miejsce i data)

**Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego we Wrocławiu  
ul. Kamińskiego 73a, 51-124 Wrocław**

**WNIOSEK  
O WYRAŻENIE ZGODY NA ODWIEDZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH  
DO WYSTAWIANIA RECEPT ZATRUDNIONYCH  
W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM WE WROCŁAWIU**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu przez następujących przedstawicieli medycznych/handlowych firmy.....

1. ....
2. ....
3. ....

Działając na podstawie §13 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008r. w sprawie reklamy produktów leczniczych wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu przez w/w przedstawicieli medycznych/handlowych firmy ..... pod warunkiem przestrzegania zasad określonych w w/w Rozporządzeniu.

Zgoda zostaje udzielona na okres .....

.....  
(podpis i pieczęć Dyrektora Szpitala)

\*niepotrzebne skreślić