Wniosek o wydanie zgody na rozmieszczenie reklamy produktu leczniczego/wyrobu medycznego*

Dane wnioskodawcy:

Nazwa:……

KRS/ wpis do ewidencji działalności gospodarczej:……

NIP:……..…..……. REGON: ……..…..…….

Imię i nazwisko przedstawiciela ubiegającego się o zgodę:

……...

Telefon kontaktowy: ……..…..……. E-mail: ……..…..…….

Wnoszę o wyrażenie zgody na rozmieszczenie reklamy produktu leczniczego/wyrobu medycznego* w .....

……..…..……

……
(wskazać miejsce rozmieszczenia reklamy w Szpitalu)

……..…..……
(data i podpis osoby umocowanej do działania w imieniu wnioskodawcy)

Akceptuje propozycję rozmieszczenia reklamy wskazaną we wniosku:

……..…..……
(data i podpis Kierownika/Ordynatora Oddziału)

Zgoda

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na rozmieszczenie reklamy produktu leczniczego/wyrobu medycznego na terenie 105 Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Żarach.

……..…..……
(data i podpis Komendanta)

Niniejszy wniosek sporządzono w 2 egzemplarzach – jeden dla Wnioskodawcy, drugi dla Szpitala.

*Niepotrzebne skreślić