

Siemianowice Śl., dn.

pieczętka wpływu do Szpitala

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY

NA ODBYCIE SPOTKANIA INFORMACYJNEGO/ PREZENTACJI PRODUKTU*

Oplata za zorganizowanie prezentacji wynosi 100,00 zł + VAT za każdą rozpoczętą godzinę

WNIOSKODAWCA

(dane do faktury – dot. prezentacji produktu w auli)

Nazwa firmy

Adres siedziby

Adres korespondencyjny

NIP nr tel.

Imię i nazwisko Przedstawiciela Firmy / Handlowego

nr tel. adres e-mail

Nazwa produktu leczniczego

Nazwa powszechnie stosowana

Wskazanie osoby/ osób do których zaproszenie ma być skierowane

.....

.....

Proponowany termin godzina czas trwania spotkania/prezentacji*

.....
podpis wnioskodawcy

SZPITAL MIEJSKI W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH SP. Z O.O.

Decyzja Prezesa/Członka Zarządu/ Dyrektora ds. Lecznictwa

.....
podpis

* **niepotrzebne skreślić**