

Złocieniec, dnia

Z G O D A

Wyrażam zgodę na spotkanie przedstawiciela firmy farmaceutycznej

.....
(pełna nazwa firmy farmaceutycznej, siedziba)

Pani/Pana

.....
(imię i nazwisko przedstawiciela firmy farmaceutycznej)

legitymującą/cego się dowodem osobistym seria nr

działającego na podstawie udzielonego pełnomocnictwa nr z dnia

z osobami uprawnionymi do wystawiania recept, zatrudnionymi w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSW w Złocińcu.

.....
(podpis Dyrektora SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW w Złocińcu)