

Głuchołazy, 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 MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II.

.....  
(podpis Dyrektora SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II)