

ZGODA

Wyrażam zgodę na spotkanie przedstawiciela firmy farmaceutycznej / medycznej

.....

(Pełna nazwa firmy farmaceutycznej / medycznej , siedziba)

.....

(imię i nazwisko przedstawiciela firmy farmaceutycznej/medycznej , zajmowane stanowisko)

działającego na podstawie udzielonej zgody nr.....z dnia.....

z osobami uprawnionymi do wystawiania recept , zatrudnionymi w SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II

Zgoda ważna do dnia.....

.....

(podpis Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II)