**Załącznik nr 4**

 Olsztyn dn.………………………

Pieczątka Oddziału/ Poradni

 Apteka Szpitalna

 SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie

 Proszę o wprowadzenie do ewidencji próbek bezpłatnych produktu leczniczego

………………………………………………………………………………………………………… (nazwa produktu leczniczego, dawka, postać, wielkość opakowania)

dostarczonych przez przedstawiciela firmy farmaceutycznej……………………………………….....

…………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa firmy, imię i nazwisko przedstawiciela)

w ilości…………………………………..

 (podać ilość opakowań)

seria………………………………………

data ważności……………………………

 ……………………………….

 / podpis i pieczątka lekarza /

**ZGODA**

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na dostarczenie w ramach reklamy próbek bezpłatnych produktu leczniczego przez przedstawiciela firmy farmaceutycznej lub handlowej do Apteki Szpitalnej SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie

 ……………………………………….

 /podpis i pieczątka Dyrektora lub \*- niepotrzebne skreślić Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa /