………………………………………………………. Bielsko-Biała, dnia ………………………

……………………………………………………….

……………………………………………………….

(imię i nazwisko przedstawiciela handlowego

lub nazwa podmiotu odpowiedzialnego)

**Do Dyrekcji**

**Beskidzkiego Centrum Onkologii –**

**Szpitala Miejskiego**

**im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej**

Proszę o wyrażenie zgody na spotkanie mające na celu reklamę produktu leczniczego lub

wyrobu medycznego ………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)

z ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………

(imię i nazwisko pracownika BCO-SM, grupa zawodowa)

w …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa wewnętrznej komórki organizacyjnej)

w dniu/w terminie ………………………………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko przedstawiciela: …………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………….

(podpis)