

**Wniosek nr ..... do Dyrektora SZPZLO Warszawa-Ochota  
o uzyskanie zgody na odbywanie spotkań z personelem  
medycznym dla przedstawiciela firmy farmaceutycznej**

(obowiązuje na terenie wszystkich przychodni wchodzących



**1. Pełna nazwa, adres i telefon kontaktowy firmy, pieczęć firmowa:**

.....  
.....

**2. Imię i nazwisko przedstawiciela medycznego firmy:**

.....

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zorganizowanie spotkań z personelem medycznym zatrudnionym w SZPZLO Warszawa-Ochota, zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo Farmaceutyczne oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.11.2008r. w sprawie reklamy produktów leczniczych.

Spotkanie w sprawie: .....

W następujących placówkach wchodzących w skład struktury organizacyjnej SZPZLO Warszawa-Ochota:

1. Przychodnia, ul.....
2. Przychodnia, ul.....
3. Przychodnia, ul.....
4. Przychodnia, ul.....
5. Przychodnia, ul.....
6. Przychodnia, ul.....
7. Przychodnia, ul.....
8. Przychodnia, ul.....

**Przedstawiciel naszej firmy Pan/i .....zobowiązuje się do:**

1. Wchodzenia do w/w przychodni w celu ustalenia terminu i organizacji spotkań tylko na podstawie posiadanej, ważnej, pisemnej zgody uzyskanej od Dyrektora Zespołu.
2. Okazania w/w zgody Kierownikowi przychodni oraz personelowi medycznemu przed ustaleniem terminu spotkania.
3. Po uprzednim uzgodnieniu terminu z Kierownikiem przychodni organizowania spotkań dla personelu medycznego tylko poza godzinami ich pracy, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych tak, aby nie kolidowały z udzielaniem świadczeń.
4. Sporządzenia i dostarczenia do Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa ul. Szczęśliwicka 36, pok. 202, w terminie 7 dni roboczych pisemnej informacji o przeprowadzonym spotkaniu. Informacja powinna zawierać: Harmonogram spotkań, termin przeprowadzanego spotkania wraz z listą obecności jego uczestników, przykładowe materiały informacyjne, które zostały wykorzystane podczas spotkania.
5. Rozmieszczania reklam do publicznej wiadomości w przychodni tylko po uzgodnieniu z Kierownikiem przychodni, jedynie w poczekalni dla pacjentów bez stosowania form dźwiękowych i audiowizualnych.
6. Przedstawiciel firmy zobowiązuje się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

.....  
Data i podpis, pieczęć Kierownika przychodni

.....  
Data, podpis, pieczęć przedstawiciela medycznego



**Zgoda**  
**Dyrektora SZPZLO Warszawa-Ochota dla**  
**przedstawiciela firmy farmaceutycznej na odbywanie**  
**spotkań z personelem medycznym**

(obowiązuje na terenie wszystkich przychodni wchodzących w skład struktury organizacyjnej SZPZLO Warszawa-Ochota)

**Wyrażam zgodę przedstawicielowi firmy farmaceutycznej na odbywanie spotkań z personelem medycznym**

- Pełna nazwa i adres firmy farmaceutycznej:

.....  
.....

- Imię i nazwisko przedstawiciela firmy farmaceutycznej:

.....  
.....

**Zgody udzielam w terminie od dnia .....r. do dnia .....r.**  
w następujących przychodniach wchodzących w skład struktury organizacyjnej  
SZPZLO Warszawa-Ochota:

.....  
.....  
.....

- Zgodę wydaje się imiennie na 1 przedstawiciela firmy farmaceutycznej
- Zgodę przygotowano w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
- Zmiana przedstawiciela medycznego wymaga uzyskania nowej zgody
- Druk wniosku i zgody obowiązuje od dnia .....

Data, pieczęć i podpis Dyrektora Zespołu

.....

Formularz opracowano na podstawie:

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.11.2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz. U. 2026 poz. 429)
- art. 59 ustawy z dnia 06.09.2001r. – Prawo Farmaceutyczne ( t. j. Dz. U. z 2026 r. poz. 612).