

Katowice

Do Dyrekcji

SPSKim. A. Mielęckiego SUM w Katowicach

.....

(nazwa firmy)

Wniosek

o wyrażenie zgody na spotkanie z osobą uprawnioną do wystawiania recept

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na spotkanie przedstawiciela

firmy Pani/Pana

na terenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

1. Data i godzina planowanej wizyty:

.....

2. Miejsce planowanej wizyty:

.....

3. Imię i nazwisko osoby/ osób, z którymi przedstawiciel handlowy zamierza się spotkać:

.....

.....

4. Temat spotkania:

.....

.....