

.....
.....
.....
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)