

Lublin, dnia 20... roku

.....
nazwa firmy farmaceutycznej/medycznej

.....
adres siedziby firmy

.....
imię i nazwisko przedstawiciela/przedstawicieli firmy

.....
numer telefonu komórkowego

**Dyrektor
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
w Lublinie
ul. Jaczewskiego 7
20-090 Lublin**

WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na spotkanie z
(imię i nazwisko osoby/osób uprawnionej/ych do wystawiania recept zatrudnionej/ych w COZL)

zatrudnionym/ych w
(nazwa komórki organizacyjnej COZL)

w dniu/dniach w godzinach

cel spotkania

.....

.....

.....
(podpis przedstawiciela firmy)

Wyrażam zgodę*

Nie wyrażam zgody

.....
podpis Dyrektora Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

* niepotrzebne skreślić