



**Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach**

25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45  
tel: (0-41) 36-71-301, fax: (0-41) 34-50-623  
NIP: 959-12-91-292, Regon: 000289785  
e-mail: [szpital@wszkielce.pl](mailto:szpital@wszkielce.pl)  
[www.wszkielce.pl](http://www.wszkielce.pl)



---

**Wniosek o wyrażenie zgody  
na wynajęcie sali konferencyjnej WSZ Kielce w celu organizacji spotkania personelu  
medycznego WSZ z przedstawicielem medycznym lub handlowym**

**Dane wnioskodawcy**

Firma: \_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_ REGON: \_\_\_\_\_ KRS: \_\_\_\_\_

Spotkania dotyczą wyrobów: \_\_\_\_\_

Klinika / Oddział Kliniczny / Komórka Administracyjna z którym ma odbyć się spotkanie:  
\_\_\_\_\_

Kontakt do przedstawiciela medycznego lub handlowego: \_\_\_\_\_

DATA SPOTKANIA: \_\_\_\_\_ PLANOWANY CZAS SPOTKANIA: \_\_\_\_\_

W imieniu Wnioskodawcy oświadczam, że zapoznałem się z treścią obowiązujących w WSZ zasad dotyczących spotkań personelu medycznego WSZ z przedstawicielami medycznymi lub handlowymi w celu reklamy produktu leczniczego lub wyrobu medycznego i zobowiązuję się co ich przestrzegania.

dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis Wnioskodawcy

---

**ZGODA**

Działając na podstawie art. 58 ust. 4 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych / § 13 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1648):

**wyrażam zgodę**    **nie wyrażam zgody**

na spotkanie Wnioskodawcy z personelem wykonującym zawód medyczny w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach, w celu reklamy wyrobów medycznych / produktów leczniczych.

Niniejsza zgoda obowiązuje w terminie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_