



Załącznik nr 1 do Procedury postępowania antykorupcyjnego w kontaktach pracowników z przedstawicielami: firm farmaceutycznych, producentów i dostawców wyrobów medycznych oraz innych dostawców towarów i usług w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY DYREKTORA SZPITALA NA SPOTKANIE Z PRZEDSTAWICIELEM FIRMY

Zwracam się z prośbą o możliwość zorganizowania spotkania z Przedstawicielem Firmy:

Nazwa firmy:

Adres:

NIP: REGON:

Imię i nazwisko Przedstawiciela Firmy

Dane kontaktowe przedstawiciela (nr tel., adres email):

w celu zapoznania się z ofertą w/w firmy, której weryfikacja i analiza przyczyni się do wyboru produktów/usług zapewniających efektywność i ekonomizację prowadzonej w Szpitalu działalności.

Osobami uczestniczącymi w spotkaniu z ramienia Szpitala będą (należy wskazać imię i nazwisko):

.....
.....

Termin spotkania: godz., przewidywany czas trwania

Pracownik sporządzający protokół:

Nazwa i ogólny opis produktu/usługi, będącej przedmiotem oferty prezentowanej w trakcie spotkania:

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

.....

data i podpis uprawnionego
pracownika Szpitala

Oświadczenie przedstawiciela firmy

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Procedurą postępowania antykorupcyjnego w kontaktach pracowników z przedstawicielami: firm farmaceutycznych, producentów i dostawców wyrobów medycznych oraz innych dostawców towarów i usług w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dostępnymi na stronie internetowej Szpitala, w tym z zapisami, dotyczącymi konieczności wynajmu przez Firmę pomieszczenia w Szpitalu z przeznaczeniem na organizację przedmiotowego spotkania.

.....

data i podpis Przedstawiciela Firmy

DECYZJA DYREKTORA SZPITALA

- ☐ Wyrażam zgodę
- ☐ Nie wyrażam zgody

.....

data i podpis Dyrektora Szpitala