Załącznik nr 2 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 UDZIAŁ PERSONELU SZPITALA W KONFERENCJI/SZKOLENIU

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na udział pracowników Szpitala w Szkoleniu wyjazdowym organizowanym przez Firmę ……..…

Adres firmy: ……...

NIP: …… REGON: ……..

Imię i nazwisko Przedstawiciela Firmy: ……...

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

Cel Konferencji/Szkolenia: ..……..

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

……

Termin Konferencji/Szkolenia:

……..

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.

……

data i podpis Przedstawiciela Firmy

DECYZJA DYREKTORA SZPITALA

☐ Wyrażam zgodę

☐ Nie wyrażam zgody

.....

data i podpis Dyrektora Szpitala

tel.: (61) 8310-286
e-mail: mfreudenreich@orsk.pl