**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**WNIOSEK KLIENTA ZEWNĘTRZNEGO**

**O SPOTKANIE Z PRACOWNIKIEM SPSK NR 1 W LUBLINIE**

 **Dyrektor Samodzielnego Publicznego**

 **Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie**

 **ul. Staszica 16, 20-081 Lublin**

1. Dokładna nazwa klienta zewnętrznego i forma prowadzonej przez niego działalności:

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

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

1. Imię i nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego: ......................................................................................................................................... ......................................................................................................................................... .........................................................................................................................................
2. Termin planowanej wizyty w jednostce organizacyjnej SPSK Nr 1 w Lublinie:

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

1. Miejsce planowanej wizyty w jednostce organizacyjnej SPSK Nr 1 w Lublinie:

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

1. Określenie spraw, których dotyczy kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego,
w tym określenie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego:

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

1. Źródło finansowania działalności, jeżeli klientem zewnętrznym jest stowarzyszenie, fundacja lub inna organizacja:

**Oświadczenie klienta zewnętrznego**

*Oświadczam, że przedstawione we wniosku informacje są zgodne z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że zostaną one przekazane Ministrowi Zdrowia oraz opublikowane na stronie internetowej SPSK Nr 1 w Lublinie wraz z określeniem wpływu jaki wywarł kontakt, w szczególności danych dotyczących zakupu lub wykorzystywania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego dokonanego na skutek wniosku.*

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

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do reprezentowania klienta zewnętrznego