



Wizyta wymaga **uprzedniego zatwierdzenia wniosku**. Składaj w Sekretariacie lub mailowo:
sekretariat@spzozmswia.wroclaw.pl



SP ZOZ MSWIA WE WROCŁAWIU

Wniosek o wyrażenie zgody na wizytę przedstawiciela handlowego

Uwaga: Nieprawdziwe oświadczenia i wręczanie korzyści pracownikom są zakazane (art. 229 k.k. – kara do 8 lat pozbawienia wolności).

Data wplynięcia: Przyjął:

★ – pole obowiązkowe

A. DANE FIRMY / PODMIOTU WNIOSKUJĄCEGO

PEŁNA NAZWA FIRMY ★

NIP ★

ADRES SIEDZIBY ★

TELEFON ★

E-MAIL ★

B. DANE PRZEDSTAWICIELA HANDLOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO ★

STANOWISKO ★

TELEFON SŁUŻBOWY

E-MAIL SŁUŻBOWY

C. PLANOWANA WIZYTA

DZIAŁ / ODDZIAŁ DOCELOWY ★

PLANOWANY TERMIN ★

Ostateczny termin ustala Ordynator / Lekarz kierujący oddziałem / Kierownik Działu (Sekcji)

OSOBA, Z KTÓRĄ PLANOWANE JEST SPOTKANIE ★

CEL WIZYTY ★

PREZENTACJA PRODUKTU / LEKU / TECHNOLOGII

SZKOLENIE LUB DEMONSTRACJA OBSŁUGI ZAKUPIONEGO SPRZĘTU

WSPARCIE POSPRZEDAŻOWE / SERWIS GWARANCYJNY

OMÓWIENIE WARUNKÓW OFERTOWYCH – WYŁĄCZNIE ZA WIEDZĄ DZIAŁU ZP, POZA TRWAJĄCYMI POSTĘPOWANIAM I

INNY CEL – OPISANY PONIŻEJ

OPIS CELU I ZAKRESU WIZYTY ★

PLANOWANY CZAS TRWANIA

POZOSTAWIENIE MATERIAŁÓW?

D. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że: podane dane są prawdziwe · znam i będę przestrzegać Polityki Antykorupcyjnej Szpitala · zakazuję firmie oferowania korzyści pracownikom (art. 229 k.k.) · wyrażam zgodę na rejestrację wizyty w Rejestrze.

Potwierdzam powyższe oświadczenia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

RODO (art. 13): Administrator: SP ZOZ MSWiA, ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław. Dane przetwarzane na podst. art. 6 ust. 1 lit. c i f RODO (Polityka Antykorupcyjna). Okres przechowywania: 5 lat. Przysługuje prawo dostępu, sprostowania, usunięcia, sprzeciwu i skargi do UODO. IOD: e-mail: iod@spzozmswia.wroclaw.pl

E. PODPIS WNIOSKODAWCY

PRZEDSTAWICIEL HANDLOWY

Podpis

**OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ
FIRMĘ**

Podpis i pieczęć

F. DECYZJA SZPITALA – WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE UPOWAŻNIONY PRACOWNIK SP ZOZ MSWIA

Wypełnia Sekcja Zamówień Publicznych i właściwy Ordynator / Lekarz kierujący oddziałem / Kierownik Działu (Sekcji)

WERYFIKACJA DZP – DATA I NAZWISKO

AKTYWNE POSTĘPOWANIE DOT. ZAKRESU
WNIOSKU?

DECYZJA ORDYNATORA / LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM / KIEROWNIKA DZIAŁU (SEKCJI)

WYRAŻAM ZGODĘ

ODMAWIAM ZGODY

USTALONY TERMIN WIZYTY



UZASADNIENIE ODMOWY / WARUNKI DODATKOWE

**SEKCJA ZAMÓWIENÍ
PUBLICZNYCH**

Podpis

**ORDYNATOR / LEKARZ
KIERUJĄCY ODDZIAŁEM /
KIEROWNIK DZIAŁU (SEKCJI)**

Podpis i pieczęć

**DYREKTOR / Z-CA
DYREKTORA**

Podpis i pieczęć