

Kielce, dnia

Dyrektor

Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SP ZOZ
w Kielcach

**Wniosek o wyrażenie zgody na przekazanie próbek
wyrobów medycznych**

Działając w imieniu:

NIP: _____

REGON: _____

KRS: _____

zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na nieodpłatne przekazanie próbek wyrobów medycznych:

Wyroby medyczne będą przekazane na rzecz Działu/Kliniki:

w ilości _____ sztuk/opakowań _____ (inne – wpisać jakie)

Informuję, że przekazywany wyrób medyczny BĘDZIE/NIE BĘDZIE* stosowany na
Bloku Operacyjnym ŚCO.

Opis wyrobu medycznego:

Oświadczam, iż ilość przekazanych próbek wyrobów medycznych ma na celu umożliwienie ŚCO SPZOZ w Kielcach ocenę cech i właściwości wyrobu w jego końcowej postaci, jednocześnie nie służy zasadniczo zaspokojeniu potrzeb ŚCO SPZOZ w Kielcach w zakresie danego towaru.

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty:

1. _____

2. _____
3. _____
4. _____

Przyjmuję do wiadomości, że w celu oceny zasadności przedmiotowego wniosku mogę zostać wezwany do przedstawienia dodatkowych dokumentów. Niedostarczenie dodatkowych dokumentów w określonym w wezwaniu terminie będzie skutkowało odmową przyjęcia próbek wyrobów medycznych.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią umowy dotyczącej przekazania próbek wyrobów medycznych i nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń.

Dane kontaktowe

telefon:.....

podpis osoby składającej
wniosek

*niepotrzebne skreślić.

Opinia merytoryczna Kierownika Kliniki/Działu

Opinia merytoryczna Zespołu Aparatury Medycznej

nie dotyczy

Informacja dla Kierownika Bloku Operacyjnego (jeśli wymagane)

nie dotyczy

Decyzja Dyrektora ŚCO SPZOZ w Kielcach