*Zał. nr 2 do Zarządzenia Dyrektora nr 85 z dn. 20.09.2021r.*

Suwałki, dnia ……………………

………………………………………….

*(imię i nazwisko przedstawiciela firmy farmaceutycznej)*

*………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………….*

*(pełna nazwa firmy farmaceutycznej, siedziba)*

 Proszę o wyrażenie zgody na spotkanie z osobą/ami uprawnioną/ymi do wystawienia recept w Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach.

**Zaplanowane spotkanie odbędzie się w dniu:** ……………………… **w godzinach** ………………………

**w kom. org. :**……………………………………………………………………………………………………

\*)Oświadczam, że:

☐ jestem w pełni zaszczepiona/y przeciw COVID-19 *( posiadam Unijny Certyfikat COVID z tytułu zaszczepienia)* i upłynęło co najmniej 14 i nie więcej niż 365 dni od podania ostatniej dawki szczepionki;

**lub**

☐jestem ozdrowieńcem *( posiadam Unijny Certyfikat COVID z tytułu przejścia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 )* i upłynęło co najmniej 11 i nie więcej niż 180 dni od otrzymania pozytywnego wyniku testu.

W przypadku braku powyższych dokumentów zobowiązuje się w dniu wizyty okazać negatywny wynik testu PCR lub testu antygenowego, wykonanego w ciągu 48h od dnia planowanego kontaktu z osobą uprawnioną do wystawienia recept.

**Zrezygnuje z zaplanowanej wizyty / spotkania w przypadku** wystąpienia objawów infekcji *( gorączka, kaszel, duszność, bóle stawowo-mięśniowe, utrata węchu i/lub smaku; biegunka, ból gardła i inne)* **lub** kontaktu z osobą z objawami infekcji w ciągu 14 dni.

**Zobowiązuje się do:**

- dezynfekcji rąk przed i po wizycie;

- zasłaniania na terenie Szpitala ust i nosa maseczką;

- zachowania dystansu 1,5 ÷ 2 m.

…………………………………………………….

*podpis wnioskodawcy*

 ☐ wyrażam zgodę\*)

☐ brak zgody\*)

…………………………………………

*(podpis Dyrektora / osoby wyznaczonej przez Dyrektora)*

\*)*zaznaczwłaściwe*