

Suwałki, dnia

.....
(imię i nazwisko przedstawiciela firmy farmaceutycznej)

.....
(pełna nazwa firmy farmaceutycznej, siedziba)

Proszę o wyrażenie zgody na spotkanie z osobą/ami uprawnioną/y do wystawienia recepty 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 recepty.

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)

*)zaznacz właściwe