A CURA DELL'INFORMATORE SCIENTIFICO (da restituire via mail a informatori.scientifici@irccs-sangerardo.it)

Il sottoscritto _____

Codice fiscale _____

Documento_____ n. _____ rilasciata dal _____ il _____

Per l'Azienda presso cui è abilitato _____

N. codice identificativo Azienda _____

Prodotto _____

Area terapeutica _____

Chiede di essere autorizzato a svolgere l'attività di informazione scientifica di farmaci/dispositivi medici presso il Presidio Ospedaliero San Gerardo/poliambulatorio territoriale di _____ nel rispetto della procedura aziendale di cui ho preso visione.

Data _____ Firma dell'Informatore Scientifico _____

ALLEGARE SCANSIONE DOCUMENTO DI IDENTITA' E TESSERINO DI RICONOSCIMENTO FORNITO DALL'AZIENDA FARMACEUTICA

Si autorizza il Sig. _____

a svolgere l'attività di informatore scientifico presso la Fond. IRCCS San Gerardo negli spazi, negli orari e nei giorni indicati nella procedura della aziendale e nel rispetto della normativa vigente (DGR VII/4220 del 28/02/2007 e DL del 24/04/2006 n°219 "Attuazione della Direttiva 2001/83/CE").

Data rilascio_____ Validità fino al_____

Firma del Direttore Medico di Presidio _____