# SPOTKANIE, WYDARZENIE LUB SZKOLENIE

|  |  |
| --- | --- |
| **WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE SZABLONÓW** | |
| **Rodzaj komunikacji** | **Zapraszanie pracownika służby zdrowia (HCP) do udziału w spotkaniu, wydarzeniu lub szkoleniu** |
| **Szablony** | Do zapraszania HCP na spotkanie, wydarzenie lub szkolenie potrzebne są trzy rodzaje szablonów:   1. Zatwierdzenie – aby wystąpić o zatwierdzenie w swojej firmie 2. Zaproszenie HCP – aby wystosować zaproszenie do wzięcia udziału do HCP 3. Powiadomienie pracodawcy – aby powiadomić pracodawcę HCP (wymaganie zależne od lokalnych przepisów, regulacji lub kodeksów branżowych) |
| **Odbiorcy** | **HCP i pracodawca HCP** |
| **Proces** | 1. Dostosować wyróżnione sekcje. Nie należy wprowadzać żadnych innych zmian w szablonie. Pamiętać, aby przed wysłaniem usunąć te wskazówki oraz treść w nawiasach [] i wyróżnienie. 2. Dostosować się do miejscowych przepisów prawa i kodeksów branżowych, stosownie do wymagań. 3. Usunąć wszelkie sekcje, które nie dotyczą konkretnie spotkania, wydarzenia lub szkolenia. 4. Udokumentować wewnętrzną zgodę na zaproszenie HCP na spotkanie, wydarzenie lub szkolenie, korzystając z formularza zatwierdzenia. 5. Wysłać zaproszenie do HCP do HCP, którego chcemy zaprosić do udziału w spotkaniu, wydarzeniu lub szkoleniu. 6. Wysłać Powiadomienie pracodawcy do pracodawcy HCP oraz do wiadomości HCP zaproszonego na spotkanie, wydarzenie lub szkolenie (wymaganie w zależności od lokalnych przepisów, regulacji lub kodeksów branżowych). 7. Zachować kopię wypełnionych formularzy do swojej dokumentacji. |

Icon

Description automatically generated

**ZATWIERDZENIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE** | | | |
| **Tytuł** |  | **Daty** |  |
| **Lokalizacja i miejsce spotkania** |  | **Koszty miejsca**  *(jeśli dotyczy)* |  |
| **Opis** |  | | |
| **INFORMACJE DLA UCZESTNIKÓW** | | | |
| Uczestnicy HCP | Lista nazwisk i pracodawców uczestników HCP:  [Imię i nazwisko HCP oraz nazwa pracodawcy HCP] | | |
| **KOSZTY PODRÓŻY** | | | |
| Całkowite szacunkowe koszty podróży HCP | 1. Opłata za przelot: 2. Opłata za przejazd pociągiem: 3. Podstawa: | Całkowite rzeczywiste koszty podróży HCP | 1. Opłata za przelot: 2. Opłata za przejazd pociągiem: 3. Podstawa: |
| Klasa podróży HCP *(jeśli nie ekonomiczna/ autokar)* | W przypadku pracowników służby zdrowia, którzy nie podróżują w klasie ekonomicznej/autokarem, należy podać imię i nazwisko pracownika służby zdrowia oraz powód wybranej klasy podróży:  [Imię i nazwisko, powód] | | |
| **ZAKWATEROWANIE (JEŚLI DOTYCZY)** | | | |
| Nazwa hotelu |  | Lokalizacja hotelu |  |
| Całkowite szacunkowe koszty hotelu |  | Całkowite **rzeczywiste** koszty hotelu |  |
| Powód wyboru hotelu |  | | |
| **POSIŁKI** | | | |
| Całkowite szacunkowe koszty posiłków | 1. Liczba posiłków podczas wydarzenia: 2. Cena za posiłek: | Całkowite **rzeczywiste** koszty posiłków | 1. Liczba posiłków podczas wydarzenia: 2. Cena za posiłek: |
| **INNE KOSZTY** | | | |
| Całkowite szacunkowe koszty posiłków |  | Całkowite rzeczywiste koszty |  |
| **PROCES ZATWIERDZENIA** | | | |
| Wypełniony formularz należy przesłać do [wpisać odpowiednią funkcję]. | | | |
| **DODATKOWA DOKUMENTACJA** | | | |
| Dołączyć szczegóły programu lub porządek spotkania itp. | | | |
| **POŚWIADCZENIE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ** | | | |
| Potwierdzam, że podane informacje są prawdziwe i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą po przeprowadzeniu rozsądnego dochodzenia.  Podpis: Data: | | | |
| **POŚWIADCZENIE OSOBY KONTROLUJĄCEJ (CEO/CFO/CCO/ITP.)** | | | |
| Zatwierdzam udzielenie wsparcia wymienionym HCP:  Podpis: Data: | | | |

# ZAPROSZENIE PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA

## [Data]

[Nazwa, adres pracownika służby zdrowia (HCP) wybranego do wzięcia udziału]

Szanowny(-a) Pani(e) [imię i nazwisko HCP],

## Firma [nazwa firmy] ma przyjemność zaprosić Pana/Panią do udziału w [nazwa spotkania/wydarzenia/szkolenia].

To [spotkanie/wydarzenie/szkolenie] dotyczy Pana/Pani dziedziny wiedzy medycznej i zapewni [opisz cel i wszystkie inne szczegóły dotyczące spotkania/wydarzenia/szkolenia]. Więcej informacji można znaleźć w załączonym porządku spotkania.

Niniejsze zaproszenie nie rozciąga się na odwzajemnienie w postaci stosowania, rekomendacji, przepisywania lub wywierania wpływu na stosowanie produktów firmy [nazwa firmy] , lub w odniesieniu do wartości lub wielkości transakcji zawieranej pomiędzy stronami. Zgodnie z Kodeksem postępowania firmy [nazwa firmy], nie oferujemy niczego wartościowego.

Mamy nadzieję, że to [spotkanie/wydarzenie/szkolenie] okaże się przydatne i pouczające. W razie potrzeby uzyskania dodatkowych informacji dotyczących naszego zaproszenia, prosimy skontaktować się z [nazwa i dane kontaktowe].

Z poważaniem

## [Imię i nazwisko]

## [Tytuł]

[nazwa firmy]

otrzymują: HCP i pracodawca HCP

# POWIADOMIENIE PRACODAWCY

## [Data]

[Nazwa, adres pracodawcy HCP]

## Szanowny(-a) Pani(e) [imię i nazwisko pracodawcy HCP],

Firma [nazwa firmy] zaprosiła [imię i nazwisko HCP] do udziału w [nazwa spotkania/wydarzenia/szkolenia].

To [spotkanie/wydarzenie/szkolenie] zapewni [opisać cel spotkania/wydarzenia/szkolenia]. Więcej informacji można znaleźć w załączonym porządku spotkania.

Niniejsze zaproszenie nie rozciąga się na odwzajemnienie w postaci stosowania, rekomendacji, przepisywania lub wywierania wpływu na stosowanie produktów firmy [nazwa firmy], lub w odniesieniu do wartości lub wielkości transakcji zawieranej pomiędzy stronami. Zgodnie z Kodeksem postępowania firmy [nazwa firmy], nie oferujemy niczego wartościowego.

Zapewnimy: [dostosować odpowiednio]

1. Odpowiednie posiłki i napoje podczas [spotkania/wydarzenia/szkolenia]
2. Transport na i z [spotkania/wydarzenia/szkolenia]
3. Odpowiednie zakwaterowanie od [wstawić daty]

**Jeśli akceptuje Pan/Pani to działanie**, nie musi Pan/Pani podejmować żadnych działań. Jeśli nie otrzymamy od Pana/Pani odpowiedzi, założymy, że akceptuje Pan/Pani naszą ofertę zaproszenia [imię i nazwisko HCP] na [nazwa spotkania/wydarzenia/ szkolenia].

**Jeśli nie akceptuje Pan/Pani tego działania**, prosimy skontaktować się z [dane kontaktowe] i wyrazić swój brak akceptacji. Prosimy o udzielenie odpowiedzi do [wstawić datę].

Z poważaniem

## [Imię i nazwisko]

## [Tytuł]

[nazwa firmy]

## otrzymują: [wstawić imię i nazwisko pracownika służby zdrowia wybranego do udziału w spotkaniu lub wydarzeniu]