**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej (I – VI 2019r.)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1. | 21.01.2019 | Solinea | Firma farmaceutyczna | - | spotkanie po godzinach pracy | p. K. Masternak | Wizyta inf. | brak wpływu |
| 2. | 29.01.2019 | Mylan | Firma farmaceutyczna | - | spotkanie po godzinach pracy | p. A. Pawka | Wizyta inf. |  brak wpływu |
| 3. | 05.02.2019 | Astra Zeneca | Firma farmaceutyczna | - | spotkanie po godzinach pracy | p. K. Krzymowska | Prezentacja - wizyta inf. |  brak wpływu |
| 4.. | 26.03.2019 | Mylan | Firma farmaceutyczna | - | spotkanie po godzinach pracy | p. D. Szczepaniak | Wizyta inf. | brak wpływu |
| 5. | 02.04.2019 | Mylan | Firma farmaceutyczna | - | spotkanie po godzinach pracy | p. D. Szczepaniak | Prezentacja - wizyta inf. | brak wpływu |
| 6. | 04.04.2019r. | Solinea | Firma farmaceutyczna | - | spotkanie po godzinach pracy | p. K. Masternak | Wizyta inf. | brak wpływu |
| 7. | 07.06.2019 | Polpharma | Firma farmaceutyczna | - | spotkanie po godzinach pracy | p. M. Białek | Wizyta inf. | brak wpływu |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. n. med. Andrzej Emeryk

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Oddział Neurologii Dziecięcej (01.01.2019 – 30.06.2019)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1 | 31.01.2019 | Aspen Polska | Wizyta informacyjna |  | Kontakt osobisty | p. Zgoda Sebastian | Przekazanie informacji o produktach | Podniesienie wiedzy personelu. |
| 2. | 05.02.2019 | Teva | Wizyta informacyjna |  | Kontakt osobisty | p. Sylwia Zawiślak | Przekazanie informacji o produktach | Podniesienie wiedzy personelu |
| 3. | 08.02.2019 | Glenmark | Wizyta informacyjna |  | Kontakt osobisty | p. Tomasz Czerwonka | Rozmowa informacyjna | Podniesienie wiedzy personelu |
| 4. | 21.03.2019 | Novartis | Wizyta informacyjna |  | Kontakt osobisty | p. Krzysztof Kozakiewicz | Rozmowa informacyjna | Podniesienie wierzy personelu |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk

Lekarz Kierujący Oddziałem Neurologii Dziecięcej

 **Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Klinika Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej (01.01.2019 – 30.06.2019)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1 | --- | --- | --- | --- | -- | -- | -- | -- |
| 2.  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. n. med. Paweł Nachulewicz

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**sOddział Alergologii Dziecięcej (01.01.2019 – 30.06.2019)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 2.  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): dr n. med. Jolanta Pietraszek-Mamcarz

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**II Oddział Ortopedii Dziecięcej (I – VI 2019r.)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| Nie prowadził spotkań z klientami zewnętrznymi. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):prof. Dr hab. n. med. Michał Latalski

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii (I – VI 2019r.)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1 | 29.01.2019. | Mylan | Firma farmaceutyczna |  | spotkanie | Anita Pawka | Prezentacja preparatów: Dymista, Klacid, Amylan | - |
| 2 | 07.02.2019. | Vitamed | Firma farmaceutyczna |  | spotkanie | Anna Fajkis | Prezentacja preparatu Rinogermina | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):Prof. dr hab. n. med. Grażyna Mielnik-Niedzielska

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Oddział Neurologicznej Rehabilitacji dziecięcej**

**Oddział Rehabilitacji Dziecięcej (I – VI 2019r.)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1. | 01.01.-30.06.2019 | -------- | -------- | ------- | --------- | --------- | -------- | ---------- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):

 **dr n. med. Jolanta Taczała**

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Zakład Diagnostyki Obrazowej (I – VI 2019r.)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1. | 30.05.2019 | Bayer |  |  | Rozmowa | M. Wierzchowska | Zaproszenie na sesję szkoleniową | Bez wpływu |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. n. med. Paweł Wieczorek

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Oddział Ortopedii I (I – VI 2019r.)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1. | 01.01.-30.06.2019 | -------- | -------- | ------- | --------- | --------- | -------- | ---------- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): dr hab. n. med. Grzegorz Kandzierski

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie**

**Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (I – VI 2019r.)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1 | 18.01.2019 | Nestle Nutrition | Wizyta informacyjna | - | Kontakt osobisty | p. Edyta Dyszewska | Przekazanie informacji o preparacie. | Podniesienie wiedzy personelu |
| 2 | 05.03.2019 | Baxter Polska Sp Z.o.o | Wizyta informacyjna | - | Kontakt osobisty | p. Jacek Kostecki |  Przekazanie informacji o produkcie. | Podniesienie wiedzy personelu |
| 3 | 03.04.2019 | NZ Techno | Wizyta informacyjna | - | Kontakt osobisty | p. Artur Langiewiczp. Grzegorz Wiącek | Przekazanie informacji o terapii wysokoprzepływowej Opti Flow. | Podniesienie wiedzy personelu |
| 4 | 18.04.2019 | NZ Techno | Wizyta informacyjna | - | Kontakt osobisty | p. Artur Langiewicz | Prezentacja kliniczna systemu HENC | Podniesienie wiedzy personelu |
| 5 | 08.05.2019 | MSD Polska Sp Z.o.o | Wizyta informacyjna | - | Kontakt osobisty | p. Tomasz Stefankiewicz | Szkolenie z zakresu głębokiej blokady mięśniowej w laparoskopii | Podniesienie wiedzy personelu |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):

Dr n. med Beata Rybojad

Lekarz Kierujący Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej USzD w Lublinie

|  |
| --- |
| **Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie** **Dział Krwiolecznictwa (styczeń-czerwiec 2019)** |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie żródeł finansowania ich działalności  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Irena Woźnica-Karczmarz /Dział Krwiolecznictwa | **Od 1 stycznia do 30 czerwca 2019 r. – brak kontaktów z klientami zewnętrznymi** |

|  |
| --- |
| **Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie****Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii** **(01.01.2019-30.06.2019)** |
|   | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1 | 11.01.2019 | HAND-PROD  | Firma medyczna |   | prezentacja | Marcin Makowski | spotkanie informacyjne w sprawie glukometrów i systemów pomiaru glikemii |  Szkolenie lekarzy i pielęgniarek |
| 2 | 21.01.2019 | NESTLE NUTRITION | Firma farmaceutyczna |  | spotkanie | Edyta Dyszewska | udział w konferencji | Udział firmy w konferencji szkoleniowej |
| 3 | 23.01.2019 | ROCHE | Firma medyczna |  | spotkanie | Anna Dąbrowska | pompy insulinowe | Udział firmy w Zjeździe PTEiDD organizowanym przez jednostkę |
| 4 | 04.04.2019 | PFIZER | Firma farmaceutyczna |  | spotkanie | Magdalena Jóźwik | dotyczy umowy na hormon wzrostu | Udział firmy w Zjeździe PTEiDD organizowanym przez jednostkę |
| 5 | 25.04.2019 | ABBOTT | Firma medyczne |  | spotkanie  | Monika Jaworska | Prezentacja produktu Libre Xido Neo | Udział firmy w Zjeździe PTEiDD organizowanym przez jednostkę |
| 6 | 19.06.2019 | SHIRE/TAKEDA | Firma farmaceutyczna |  | spotkanie | Grażyna Rutkiewicz | Choroba Huntera-diagnostyka i leczenie. Program lekowy. | Leczenie konsultowanego w pacjenta z zesp Hunter |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): dr hab. n. med. Iwona Beń – Skowronek

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Klinika Kardiologii Dziecięcej (01.01.2019-30.06.2019)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
|  | Brak | Brak | Brak | Brak | Brak | Brak | Brak | Brak |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):

dr n. med. Elżbieta Sadurska

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Oddział Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej (01.01.2019-30.06.2019)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
|  | Brak | Brak | Brak | Brak | Brak | Brak | Brak | Brak |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. Dr hab. n. med. Jerzy Kowalczyk

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Oddział Patologii Niemowląt** **(01.01.2019-30.06.2019)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1. | brak | brak | brak | brak | brak | brak | brak | brak |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):

Prof. dr hab. n.med. Wanda Furmaga-Jabłońska

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Oddział Patologii Noworodków (01.01.2019-30.06.2019)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1. | brak | brak | brak | brak | brak | brak | brak | brak |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):

Dr n. med. Elżbieta Szponar

**Przyjmowanie klientów zewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie**

**Oddział Pediatrii i Nefrologii (01.01.2019 - 30.06.2019r)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wskazanie klienta zewnętrznego | Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną) | Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego | Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego) | Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) |
| Nazwa | Forma działalności | W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności  |
| 1. | brak | brak | brak | brak | brak | brak | brak | brak |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Kierownik: Prof. dr hab. n.med. Przemysław Sikora