**Potvrzení převzetí vzorků zdravotnických prostředků**

Potvrzuji převzetí bezplatných vzorků zdravotnických prostředků společnosti [\*] za účelem seznámení se s jejich používáním.

*Jméno a příjmení odborníka:*

………………………………………………………………………………

*Adresa sídla / otisk razítka:*

…………………………………………………………………………….

*Název (případně varianta) a velikost balení zdravotnického prostředku:*

…………………………………………………………………………….

*Číslo šarže:*

…………………………………………………………………………….

*Počet kusů:*

…………

Prohlašuji, že uvedené množství zdravotnického prostředku odpovídá mé potřebě pro vyzkoušení zdravotnického prostředku v souladu s určeným účelem použití ve smyslu § 5m odst. 2 zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů.

V ……………………………dne……………..

 …………………………

Podpis odborníka