Załącznik Nr 1

 do Polityki Antykorupcyjnej

RCKiK w Szczecinie

 ………………………………………..

 miejscowość i data

„ Informacje dotyczące kontaktów podejmowanych przez klientów zewnętrznych wobec Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie”

|  |
| --- |
| pkt Od 1 do 6 wypełnia przedstawiciel firmy |
| 1. | nazwa firmy: |  |
| 2. | forma działalności: |  |
| 3. | sposób podjętego kontaktu: |  |
| 4. | źródła finansowania działalności: |  |
| 5. | imię i nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego: |  |
| 6. | kontakt dotyczy:  |  |
| Zgoda Dyrektora RCKiK w Szczecinie | □ TAK □NIE podpis |
| pkt 7 Wypełnia pracownik RCKiK w Szczecinie do, którego skierowany był kontakt |
| 7. | Krótka informacja odnośnie spotkania |  |

……………………………………………

(podpis pracownika RCKiK w Szczecinie)