

Дата на запитване:.....
(ден/месец/година)

Краен срок за отговор:.....
(ден/месец/година)

AZ служител, получил запитването:.....
(име, фамилия, подпис)

ФОРМА ЗА МЕДИЦИНСКА ИНФОРМАЦИЯ

Данни за клиента	
Вид на клиента: Външен <input type="checkbox"/> Здравен специалист <input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Други Вътрешен <input type="checkbox"/> Медицински представител <input type="checkbox"/> Маркетинг <input type="checkbox"/> Други	
Начин на подаване на запитването: <input type="checkbox"/> Медицински представител <input type="checkbox"/> Поща <input type="checkbox"/> Електронна поща <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Факс <input type="checkbox"/> Други	
Име:	
Здравно заведение/Институция: <div style="text-align: right;">(Адрес)</div>	
Телефон/факс:	Електронна поща: Желая да получа отговора <input type="checkbox"/> на английски език <input type="checkbox"/> на български език

Моля, след попълване на формата, да я изпратите на e-mail адрес:
Medinfo-bulgaria@astrazeneca.com

Описание на въпроса:

.....

.....

.....

.....

Свързан ли е с продукт на АстраЗенека?
 Продукт.....
Свързан ли е с продукт, който не е на АстраЗенека
 Продукт.....
Не е свързан с лекарствен продукт?

Отговорът да бъде комуникиран:
 Медицински представител
 Поща
 Електронна поща
 Телефон
 Факс
 Други

Долуподписаният..... давам съгласието си личните ми данни, попълнени от мен в настоящата Форма да бъдат обработвани от АстраЗенека за целите на систематизиране и анализиране на информацията, съдържаща се в него. Запознат съм с възможността да получавам достъп и да коригирам по всяко време своите лични данни, вписани от мен в настоящата Форма.

Подпис и дата

Съдържа ли се в запитването нежелана лекарствена реакция?
 Да
 Не
Ако Да, номерът от локалния регистър на НЛР е:
Запитването свързано ли е с одобрена индикация или дозировка?
 Да
 Не
 Не е приложимо

**Моля, след попълване на формата, да я изпратите на e-mail адрес:
Medinfo-bulgaria@astrazeneca.com**

Дата на отговора:

Начин на комуникация:

- Медицински представител Поща Електронна поща
 Телефон Факс Други

Отговорил на запитването:
(име/подпис/дата)

Отговорът е прегледан от:.....
(име/подпис/дата)

Жълтите полета се попълват от лицето, отговорило на запитването.

Моля, след попълване на формата, да я изпратите на e-mail адрес:
Medinfo-bulgaria@astrazeneca.com