

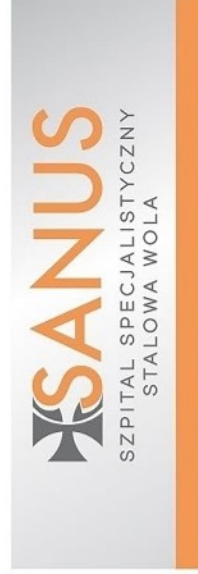
Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa placówek podstawowej opieki zdrowotnej w projekcie
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PLACÓWKI POZ DO PROJEKTU

NAZWA PLACÓWKI	
NIP	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NR BUDYNKU	NR LOKALU
KOD POCZTOWY	
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

IŁOŚĆ ZATRUDNIANYCH LEKARZY OGÓŁEM	
IŁOŚĆ ZATRUDNIANYCH PIELĘGNIAREK OGÓŁEM	
LICZEBNOŚĆ POPULACJI POZ	
DOŚWIADCZENIE PLACÓWKI W REALIZACJI ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	<input type="checkbox"/> 0 – 2 LATA <input type="checkbox"/> POWYŻEJ 2 LAT
PLACÓWKA POSIADA KONTRAKT Z NFZ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ POZ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

- ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UDZIAŁU MIN. 2 PRACOWNIKÓW (LEKARZY, PIELĘGNIAREK), W TYM CO NAJMNIEJ JEDNEGO LEKARZA W SZKOLENIU Z ZAKRESU PROGRAMU PROFILAKTYKI RZS ORGANIZOWANYM W RAMACH PROJEKTU
- OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z TREŚCIĄ REGULAMINU I ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO JEGO PRZESTRZEGANIA

..... (data) (podpisy osób upoważnionych do reprezentacji placówki)



Wczesne Wykrywanie
Reumatoidalnego
Zapalenia Stawów