



PROJEKT: „Regionalne Centrum Wczesnej Diagnostyki Reumatologicznej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do **Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa placówek podstawowej opieki zdrowotnej w projekcie „Regionalne Centrum Wczesnej Diagnostyki Reumatologicznej”**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PLACÓWKI POZ DO PROJEKTU „REGIONALNE CENTRUM WCZESNEJ DIAGNOSTYKI REUMATOLOGICZNEJ”

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	
PLACÓWKA POSIADA UMOWĘ Z NFZ NA REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ LEKARZA POZ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
PLACÓWKA ZAPEWNIAMOŻLIWOŚĆ WYKONANIA BADAŃ KRWI: OB, CRP, MORFOLOGIA I UZYSKANIE SZYBKICH WYNIKÓW TYCH BADAŃ (1 – 2 DNI)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
PLACÓWKA ZAPEWNI DOSTĘP DO BADAŃ PRZESIEWOWYCH OSOBOM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
AKCEPTUJĘ STAWKĘ 48 ZŁ BRUTTO ZA JEDNĄ WIZYTĘ U LEKARZA POZ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



PROJEKT: „Regionalne Centrum Wczesnej Diagnostyki Reumatologicznej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UDZIAŁU MIN. 2 PRACOWNIKÓW (LEKARZY, PIELĘGNIAREK), W TYM CO NAJMNIEJ JEDNEGO LEKARZA W BEZPŁATNYM SZKOLENIU Z ZAKRESU PROGRAMU PROFILAKTYKI RZS ORGANIZOWANYM W RAMACH PROJEKTU	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
DEKLARUJĘ UDZIAŁ NASTĘPUJĄCEJ LICZBY PRACOWNIKÓW (LEKARZ/PIELĘGNIARKA) W BEZPŁATNYM SZKOLENIU ORGANIZOWANYM W RAMACH PROGRAMU	LICZBA LEKARZY:..... LICZBA PIELĘGNIAREK:.....
ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UDZIAŁU JEDNEGO LEKARZA Z MOJEGO POZ W BEZPŁATNYCH WARSZTATACH ORGANIZOWANYCH W RAMACH PROJEKTU	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

- OŚWIADCZAM, IŻ ZOSTAŁEM POINFORMOWANY, ŻE PROJEKT „REGIONALNE CENTRUM WCZESNEJ DIAGNOSTYKI REUMATOLOGICZNEJ” JEST WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO
- OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z TREŚCIĄ REGULAMINU I ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO JEGO PRZESTRZEGANIA

.....
(data)

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