Wniosek o włączenie do pilotażu Sieci Kardiologicznej

**POZ** ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej **/ oddział chorób wewnętrznych**

 jako ośrodek kierujący

|  |
| --- |
| Nazwa pomiotu |
|  |
| Adres podmiotu  |
| Ulica | Numer  |
|  |  |
| Kod pocztowy | Miejscowość |
|  |  |
| REGON | NIP | NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ |
|  |  |  |
| Dane kontaktowe do Koordynatora Technicznego\* |
| Imię i nazwisko |
|  |
| Telefon | e-mail |
|  |  |
| Dane kontaktowe do osoby odpowiedzialnej za zawarcia porozumienia\*\* |
| Imię i nazwisko |
|  |
| Telefon | e-mail |
|  |  |

\***Koordynator Techniczny** - osoba wyznaczona przez ośrodek, upoważniona do kontaktu w sprawach technicznych, nadaje dostępy oraz uprawnienia w systemie informatycznym do obsługi sieci kardiologicznej

\*\*osoba upoważniona do kontaktu w organizacyjnych w sprawie zawierania porozumienia