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