Wniosek o włączenie do pilotażu Sieci Kardiologicznej **POZ**

ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej

|  |
| --- |
| 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 Koordynatora Leczenia\*\* |
| 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

\*\***Koordynator Leczenia** – osoba wyznaczona przez ośrodek, która pozostaje w stałym kontakcie ze Świadczeniobiorcą kierowanym do leczenia w ramach Pilotażu, zapewnia Świadczeniobiorcy możliwość zapisu, współpracuje z koordynatorem leczenia ośrodka regionalnego, odpowiada za przygotowanie i weryfikację sprawozdań