

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY SZPITALA DO OGÓLNOPOLSKIEGO PROGRAMU EDUKACJI POPORODOWEJ „SZKOŁA MATEK I OJCÓW Razem Łatwiej”

PEŁNA NAZWA SZPITALA

.....  
.....

PEŁNY ADRES SZPITALA:

MIASTO .....

KOD .....

ULICA ..... NR .....

TELEFON .....

DYREKTOR .....

ODDZIAŁ REALIZUJĄCY PROGRAM .....

ORDYNATOR .....

ODDZIAŁOWA .....

WYKŁADOWCY:

1. IMIE I NAZWISKO .....

KONTAKT TEL. KOM./E-MAIL .....

2. IMIE I NAZWISKO .....

KONTAKT TEL. KOM./E-MAIL .....

3. IMIE I NAZWISKO .....

KONTAKT TEL. KOM./E-MAIL .....

ŚREDNIA ROCZNA LICZBA URODZEŃ .....

**Wyrażam zgodę na:**

**Uczestnictwo** szpitala w Ogólnopolskim Programie Edukacji Poporodowej SZKOŁA MATEK I OJCÓW Razem Łatwiej.  
**Przeprowadzanie spotkań** edukacyjnych przez Wykładowców dla matek/rodziców zgodnych ze Standardami Programu.  
**Przekazywanie** matkom/rodzicom przez Wykładowców otrzymanych od Razem Łatwiej s.c. materiałów edukacyjnych.  
**Umieszczenie logo** programu na terenie szpitala oraz **innych materiałów edukacyjnych** związanych z Programem.

.....  
PIECZĘĆ SZPITALA

.....  
PODPIS DYREKTORA

.....  
PODPIS ORDYNATORA

.....  
PODPIS WYKŁADOWCY



**Pismo prosimy wydrukować, czytelnie wypełnić i odesłać na adres:**

**95-200 PABIANICE ul. Grobelna 7. Lokal 301, III piętro i skontaktować się z nami pod numerem 42 291 37 19 lub 692 895 250**