

FORMULARZ POTWIERDZENIA UDZIAŁU

w Projekcie np. pn. „**Telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca. Projekt pilotażowy modelu telemedycznego w kardiologii**”.

w ramach Programu Zdrowie finansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 oraz z budżetu państwa

Data potwierdzenia		Podpis osoby potwierdzającej udział	
DANE PACJENTA	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	ADRES ZAMIESZKANIA	Miejscowość
	5		Kod pocztowy
	6		Ulica / nr budynku / nr lokalu

Data Wizyty Rekrutacyjnej	Podpis Lekarza POZ przeprowadzającego Wizytę Rekrutacyjną

OŚWIADCZENIE PACJENTA ZAKWALIFIKOWANE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

W związku z zakwalifikowaniem mnie do Projektu **POTWIERDZAM**:

- ODBIÓR** kompletnego i sprawnego Zestawu Apteczki Telemedycznej, zawierający:
 - Aparat ciśnieniowy o numerze seryjnym _____ o wartości rynkowej 324,00 zł. brutto
 - Wagę o numerze seryjnym _____ o wartości rynkowej 166,05 zł. brutto
 - Moduł komunikacyjny (Bt-Hub) o numerze seryjnym _____ wraz z kartą SIM o wartości rynkowej 879,45 zł. brutto
 - Tablet o numerze seryjnym _____ wraz z kartą SIM i etui o wartości rynkowej 934,80 zł. brutto
 - Aparat EKG o numerze seryjnym _____ wraz z elektrodami o wartości rynkowej 1.700,00 zł brutto
 - Aparat Holter o numerze seryjnym _____ wraz z elektrodami o wartości rynkowej 9.389,00 zł. brutto
- PRZESZKOLENIE** z użytkowania ww. urządzeń oraz wykonywania na nich codziennych pomiarów
- PRZESŁANIE** testowych badań z ww. urządzeń przed ich odbiorem
- ODBIÓR** materiałów edukacyjnych i informacyjnych:
 - Plan Opieki
 - Książeczki edukacyjnej
 - Instrukcji Obsługi Zestawu Apteczki Telemedycznej
- UDZIAŁ** w prelekcji przeprowadzonej przez pielęgniarkę POZ oraz kardiologa

ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO ZWROTU kompletnego i sprawnego Zestawu Apteczki Telemedycznej (za wyjątkiem materiałów eksploatacyjnych) do dnia: _____