

FORMULARZ POTWIERDZENIA ZWROTU

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

POTWIERDZENIE ZWROTU – wypełnia pracownik POZ lub Telemedycyny Polskiej S.A.

- Potwierdzam zwrot Zestawu Apteczki Telemedycznej zawierający:
- Aparat ciśnieniowy o numerze seryjnym _____
 - Wagę o numerze seryjnym _____
 - Moduł komunikacyjny (Bt-Hub) o numerze seryjnym _____ wraz z kartą SIM
 - Tablet o numerze seryjnym _____ wraz z kartą SIM i etui
 - Aparat EKG o numerze seryjnym _____ wraz z elektrodami
 - Aparat Holter o numerze seryjnym _____ wraz z elektrodami
- Zwracane urządzenia są kompletne i sprawne – odbiór bez uwag.
- Uwagi dotyczące stanu zwracanego urządzenia: _____

DATA I PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ URZĄDZENIE

DATA I PODPIS PACJENTA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA