

Wrocław dn. ....

.....  
Nazwa i adres Podmiotu Leczniczego

Sz. Pan  
Wojciech Skiba  
Dyrektor Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ  
ul. Podróżnicza 26/28  
53-208 Wrocław

Uprzejmie informuję, że w okresie od ..... do .....

W .....  
( nazwa Podmiotu Leczniczego )

czynny będzie Punkt Edukacyjny dla chorych na cukrzycę i z zaburzeniami metabolicznymi  
w następujących dniach i godzinach:

Edukację zdrowotną w Punkcie Edukacyjnym prowadzić będzie:.....  
( imię i nazwisko pielęgniarki )

Planowana liczba godzin edukacyjnych w roku 2024 roku wynosić będzie ..... godz.

Placówka zobowiązuje się do nieodpłatnego udostępnienia pomieszczenia na potrzeby prowadzenia edukacji  
zdrowotnej w Punkcie Edukacyjnym.

Placówka wyraża zgodę na nieodpłatne udostępnienie telefonu w celu prowadzenia edukacji zdrowotnej.

TAK / NIE  
(właściwe podkreślić).

jeżeli Placówka wyraża zgodę, to proszę wpisać numer telefonu

.....  
Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ zapewnia nieodpłatnie materiały informacyjno- edukacyjne. Wyżej  
wymieniony personel medyczny wykonuje pracę poza godzinami pracy zawodowej, odpłatnie na podstawie  
odrębnych umów cywilno-prawnych zawartych z Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ .

Koszty pracy w/w personelu medycznego finansowane będą ze środków Gminy Wrocław w ramach umowy  
dotacyjnej P/WCZ/1/2023

.....  
data

.....  
Podpis Dyrektora Podmiotu Leczniczego/Osoby Upoważnionej