

Decyzja Koordynatora:

- termin zaakceptowany,
- termin wymaga zmiany,
- zgłoszenie odrzucone z przyczyn organizacyjnych/technicznych.

Uwagi:

Podpis Koordynatora:

Załącznik nr 3

Formularz zgłoszenia terminu korzystania z Symulatora

1. Imię i nazwisko:
.....
 2. Miejsce pracy / jednostka:
.....
 3. Numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy:
.....
 4. Adres e-mail:
.....
 5. Telefon kontaktowy:
.....
 6. Preferowany termin:
.....
 7. Przewidywany czas korzystania:
.....
 8. Cel korzystania z Symulatora:
 - instruktaż podstawowy,
 - doskonalenie techniki badania dna oka wcześniaka,
 - nauka rozpoznawania zmian w retinopatii wcześniaczej,
 - symulacja laseroterapii,
 - szkolenie grupowe,
 - inne:
 9. Dotychczasowe doświadczenie w badaniu wcześniaków:
 - brak,
 - podstawowe,
 - średnie,
 - zaawansowane.
 10. Czy użytkownik odbył wcześniej instruktaż z obsługi Symulatora?.
 - tak
 - nie
- Data zgłoszenia:
- Podpis osoby zgłaszającej: