

Załącznik nr 1 Wzór zgłoszenia
na badanie RNA SARS-CoV-2

ZGŁOSZENIE NA BADANIE RNA SARS-CoV-2

Lp.	Opis	Informacja od podmiotu leczniczego
Wypełnia podmiot leczniczy		
1.	Instytucja zgłaszająca (Podmiot leczniczy - funkcjonujący w publicznym systemie ochrony zdrowia, - działający na terenie województwa kujawsko-pomorskiego)	
	a) Liczba pracowników (w tym personel biały)	
	b) Liczba oddziałów / komórek organizacyjnych	
2.	Zakres zgłoszenia* • Powtarzalne/jednorazowe	
	• Liczba osób, których dotyczy zgłoszenie	
	• Okres, którego dotyczy zgłoszenie	
3.	Czy zgłaszający dysponuje odpowiednimi wymazówkami?	
3.a	Jeśli nie, proszę podać liczbę zamawianych wymazówek	
4.	Czy zgłaszający potrzebuje szkolenia online dla personelu w zakresie prawidłowego poboru próbki?	
4.a	Jeśli tak, dla ilu osób?	
5.	Czy zgłaszający dysponuje transportem dla próbek?	
5.a	Jeśli nie, proszę podać miejsce odbioru próbek	
6.	Osoba do kontaktu ws. zgłoszenia: imię nazwisko stanowisko telefon mail	
7.	Oświadczenie zgłaszającego:	Oświadczam, że: 1) podmiot, który reprezentuję posiada umowę z NFZ,

		<p>2) podmiot działa na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, 3) każda z próbek będzie miała dołączone zlecenie indywidualne w rejestr covid.mz.gov.pl 4) osoby, którym będą pobrane próbki spełniają warunki określone w <i>Strategii działania w zakresie wykonywania testów w diagnostyce Covid-19 (poza systemem NFZ) w województwie kujawsko-pomorskim¹</i>, 5) próbki pobrane zostaną zgodnie z <i>Zasadami pobierania i transportu materiału do badań metodami molekularnymi RT PCR w kierunku SARS-CoV-2</i> dostępnymi na stronie Ministerstwa Zdrowia, 6) nie zachodzi sytuacja podwójnego finansowania.</p>
	<p style="text-align: right;">Data:</p> <p style="text-align: center;">Podpis zgłaszającego:</p>	
Wypełnia pracownik Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego		
	<p>Sprawdzono formalne: Data:</p>	
	<p>Akceptacja w zakresie:</p>	
	<p>Nadano numer:</p>	

¹ Dostępna na www.kujawsko-pomorskie.pl/zdrowie