

MIASTO, DATA

NAZWA SZPITALA
ADRES SZPITALA

Narodowy Program Ochrony Antybiotyków
Narodowy Instytut Leków
ul. Chełmska 30/34, 00-725 Warszawa

Szpital **PEŁNA NAZWA SZPITALA, ADRES SZPITALA (LICZBA ŁÓŻEK SZPITALNYCH, LICZBA ODDZIAŁÓ1) INTENSYWNEJ TERAPII, ILOŚĆ ŁÓŻEK NA TYCH ODDZIAŁACH** zgłasza chęć współpracy z Narodowym Programem Ochrony Antybiotyków w ramach „Strategii zapobiegania oporności na antybiotyki w szpitalu”.

W ramach ewentualnej współpracy jako osobę do kontaktu wyznaczam: **IMIĘ NAZWISKO, FUNKCJA W SZPITALU, NUMER TELEFONU, E-MAIL.**

IMIĘ I NAZWISKO DYREKTORA
PIECZĄTKA I PODPIS DYREKTORA