

**PROGRAM „Zobacz lepszą przyszłość” -
ZGŁOSZENIE PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ**

• **NAZWA I ADRES PLACÓWKI**

- NAZWA PLACÓWKI.....
- ULICA / NR DOMU.....
- KOD..... MIEJSCOWOŚĆ.....

• **ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli inny niż podano powyżej):**

- ULICA / NR DOMU.....
- KOD..... MIEJSCOWOŚĆ.....

• **OSOBA DO KONTAKTU Z KOORDYNATOREM PROGRAMU**

- IMIĘ..... NAZWISKO.....
- NR TELEFONU..... E-MAIL.....

• **INFORMACJE DO USTALENIA TERMINU BADAŃ PRZESIEWOWYCH WZROKU**

- ILOŚĆ PODOPIECZNYCH POWYŻEJ 5. ROKU ŻYCIA:.....,
W TYM PEŁNOLETNICH:.....
- PREFEROWANE DNI TYGODNIA NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ (zakreślić właściwe):

poniedziałek / wtorek / środa / czwartek / nie ma znaczenia

- **PREFEROWANE GODZINY BADAŃ (zakreślić właściwe):**
9:00 – 12:00, 12:00 – 15:00, 15:00 – 18:00, inne (jakie?).....

- W JAKIEJ MIEJSCOWOŚCI PRZYJMUJE LEKARZ OKULISTA, DO KTÓREGO DYREKCJA UDA SIĘ Z PODOPIECZNYMI, U KTÓRYCH ZOSTANĄ WYKRYTE NIEPRAWIDŁOWOŚCI WIDZENIA W CZASIE BADANIA PRZESIEWOWEGO?

.....
.....

• **DODATKOWE INFORMACJE / UWAGI**

.....
.....
.....

ORGANIZATORZY:

PARTNERZY: