Załącznik nr 1

do Wniosku o udzielenie certyfikacji (dla Placówki)

(Załącznik nr 1 - należy wypełnić oddzielnie, dla każdego adresu gdzie są wykonywane usługi)

1	**Nazwa Placówki ubiegającej się o certfikację** …… …… ……
2	**Imię i nazwisko Kierownika/Koordynatora Placówki** …… ……
3	**Liczba Fizjoterapeutów świadczacych usługi w Placówce** (minimalna liczba to 2 osoby wliczając w to Koordynatora) …… …… ……
4	**Adres świadczenia usług fizjoterapeutycznych oraz dni i godziny przyjęć** …… …… …… …… ……
5	**Data otwarcia Placówki** (proszę podać rok i miesiąc) …… …… ……
6	**Data ważności posiadanej polisy OC w zakresie prowadzonej działalności** (proszę podać miesiąc i rok oraz numer polisy) …… ……
7	**Telefon kontaktowy do rejestracji (dla Pacjentów)** …… …… ……
8	**Adres strony internetowej** …… …… ……
9	**Do jakiej grupy Pacjentów skierowana jest oferta Placówki** (proszę opisać zakres oferowanych usług) …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

10	**Wyposażenie Placówki w sprzęt do terapii** (np.: stanowiska do terapii indywidualnej, sprzet do treningu medycznego, aparatura do fizykoterapii, inne) …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……
11	**Wyposażenie pozostałe** (np.: fantomy, plansze edukacyjne, plakaty, itp.) …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……
12	**Dokumentacja wyników (postępów) terapii** (proszę opisać czy jest dokonywana i w jakim zakresie) …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

Pieczątka Placówki	…… ***data, podpis osoby składajacej wniosek***
	…… ***data, wpłynięcia wniosku do SFP***