**Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców.**

**AKTUALIZACJA KONTAKTÓW POZ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres danych** | Do uzupełninia |
| **Pełna nazwa przychodni POZ** |  |
| **Członkowie Związku - właściciele podmiotu** |  |
| **Reprezentant podmiotu w ramach LZLR-P** |  |
| **Adres: miejscowość** |  |
| **Ulica; numer** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Adres strony internetowej poradni – o ile jest** |  |
| **Telefon stacjonarny do rejestracji** |  |
| **Telefony stacjonarne do rejestracji (kolejne) – jeśli są** |  |
| **Telefony komórkowe z możliwością wysłania sms-a z prośbą o kontakt o ile są** |  |
| **Telefon do innych typów rejestracji np. dzieci zdrowe /szczepienia o ile jest** |  |
| **Adres mailowy do kontaktu z poradnią** |  |
| **Namiary na rejestrację on-line** |  |
| **Informacja, że można zamawiać leki on line – w jaki sposób** |  |
| **Konto poradni na Facebooku, Twitterze, Instagramie** |  |

Prosimy o wpisanie aktualnych informacji. Jeśli nie wszystkie dane występują prosimy wpisać: nie dotyczy.

Wypełnioną tabelę proszę przesłać do końca września do Biura Związku: [biuro@lzlrp.pl](mailto:biuro@lzlrp.pl)

Zarząd LZLR-P.