



PRIHLÁŠKA

do projektu „VAŠE SRDCE“



www.vasesrdce.sk

Meno poskytovateľa lekárskej starostlivosti:	
Ulica:	
Mesto:	
PSČ:	
IČO:	
DIČ:	
Telefón:	
E-mail:	

Do projektu bude zapojená:

☐ **Lekárneň**

Meno lekárne:	
Kód PZS:	
Ulica:	
PSČ, Mesto:	
Telefón:	
E-mail:	

☐ **Filiálka**

Meno filiálky:	
Kód PZS:	
Ulica:	
PSČ, Mesto:	
Telefón:	
E-mail:	

V rámci projektu sa budú v lekárni/filiálke uskutočňovať vyšetrenia:

- ☐ **biochemické** (hladina glukózy, cholesterolu v krvi a podobne)
- ☐ **fyziológické** (krvný tlak, BMI, množstvo podkožného tuku a podobne)

Prihlášku lekárne projektu VAŠA SRDCE uskutočnil(a):

Meno a priezvisko:

☐ majiteľ

☐ zodpovedný farmaceut

☐ iná funkcia

.....

Vyplnenú prihlášku **pošlite** na uvedený kontakt:

Mgr. Martina Balážová
Farmaceutická fakulta UK
Katedra farmakológie a toxikológie
Odbojárov 10
832 32 Bratislava
Mail: info@vasesrdce.sk