**Formularz zgłoszenia programu specjalistycznego w zakresie opieki psychiatrycznej**

*Szanowni Państwo,*

w celu zgłoszenia do kwerendy programu specjalistycznego realizowanego   
i rekomendowanego do realizacji/wdrażania w Polsce, prosimy o wypełnienie poniżesz tabeli   
i przesłanie pliku w wersji edytowalnej na adres e-mail Biura ds. pilotażu npozp@ipin.edu.pl.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa podmiotu/instytucji zgłaszającej program |  |
| 2. | Tytuł programu |  |
| 3. | Obszar, którego dotyczy program (np. leczenie zaburzeń osobowości i nerwic). |  |
| **Opis programu:** | | |