Додаток 1
до Положення про групи рівних
(підпункт 3 пункту 4 розділу IV)

_____

(найменування суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця), на базі якого (якою) створено групу рівних)

План
проведення заходів групи рівних

_____

(посади / професії працівників та спеціальності)

№	Дата	Тема (клінічна / професійна ситуація)	Доповідач	Місце проведення	Примітка*

_____ _____ _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фасилітатора) (підпис фасилітатора) (дата)

Погоджено:

_____ _____ _____

(посада / фізична особа - підприємець) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) (підпис)

_____ _____ _____

(посада) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) (підпис)

_____ _____ _____

(посада) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) (підпис)

Примітка:
* за необхідності вказується інша важлива інформація, яку потрібно врахувати при плануванні й проведенні заходу

_____