Додаток 2
до Положення про групи рівних
(підпункт 7 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

Відомості
про проведення заходу групи рівних*

Дата проведення	
Час проведення	з_____до_____
Кількість учасників	
Тема заходу (клінічна / професійна ситуація)	
Доповідач	
Короткі підсумки заходу	
Наступні кроки (якщо заплановані)	
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) та підпис фасилітатора	

Список учасників**

№	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) учасника	Посада	Підпис учасника (у разі особистої участі у заході)

Примітка:
* заповнюється фасилітатором;
** заповнюється учасниками або фасилітатором (у разі проведення заходу групи рівних дистанційно з використанням електронних технологій).

_____