**List intencyjny HPH**

Niniejszy list intencyjny, podpisany przez kierownictwo, deklaruje, że szpital, inna placówka ochrony zdrowia lub organizacja członkowska DEKLARUJE, ŻE będzie przestrzegać statutu Międzynarodowej Sieci Szpitali i Służby Zdrowia Promujących Zdrowie (HPH) i realizować działania promujące zdrowie zgodnie ze statutem HPH, strategiami HPH i zasadami HPH.

W tym celu prosimy o wskazanie powodów i oczekiwań związanych z przystąpieniem do sieci poprzez udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

WSKAŻ czy wypełnienie formularza związane jest z:

* Dołączeniem jako szpital
* Dołączeniem jako inna placówka ochrony
* Dołączeniem jako członek stowarzyszony

Prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

1. What does your organization want to gain by being a member of the International HPH Network

Co organizacja (Szpital) chciałaby zyskać przez członkostwo w Międzynarodowej Sieci HPH?

1. List your experience with health promotion activities/projects, strategies, or policies, that you want to share with the HPH network. What is the focus of these initiatives?

Czy masz już doświadczenia z działań/projektów, strategii lub polityk, którymi chcesz się podzielić z siecią HPH? Na czym się one koncentrują?

1. What actions do you plan to initiate in year one of membership?

Jakie działania Szpital planuje podjąć (w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej) w czasie pierwszego roku członkostwa w HPH

1. What do you expect to achieve during the four-year membership period

Co Szpital chciałby osiągnąć w czasie czteroletniego członkostwa w HPH?

How did you find out about HPH

Skąd dowiedzieliście się Państwo o Sieci HPH?

Colleague – od kolegów/znajomych z kręgu profesjonalnego

Conference – na Konferencji

Scientific Article – poprzez artykuł naukowy

Internet Search – wyszukiwanie w internecie

WHO – przez WHO

N/R Network – przez członków Krajowej Sieci

Other. Please specify – Inne, proszę o podanie

Następnie należy podać dane szpitala

Hospital/Health Service Information

New Member

Renewing Membership

Name of Hospital/Health Service/Organisation in English

Nazwa Szpitala w języku angielskim

Name of Hospital/Health Services/Organisation in local language

Nazwa Szpitala w języku polskim

Address

Dane adresowe:

Street:

Zip Code:

City:

Country:

Phone:

Fax:

Website:

Chief Executive Officer of hospital/health service/association Name and title: tytuł, imię I nazwisko Dyrektoa Szpitala podpisującego List intencyjny

Phone:

Fax:

E-mail:

HPH Coordinator of hospital/health service/association Name and title: tytuł, imie I nazwisko Koordynatora HPH w Szpitalu

Phone:

Fax:

E-mail:

Name of national/regional HPH Network Coordinator (where applicable) tytuł, imię I nazwisko Krajowego Koordynaotora HPH

Name of network: Polish HPH Network

Name and title:

Phone:

Fax:

E-mail:

Signatures – podpisy:

This Letter of Intent shall be signed by the hospital/health service management and the national/regional HPH Network Coordinator (if applicable), who will send it to the International HPH Secretariat:

Hospital/health service/association management Name and title: Date and signature:

Name of national/regional HPH Network Coordinator Name and title: Date and signature

Ten list intencyjne powinien zostać podpisany przez Dyrektora Szpitala, Krajowego Koordynatora który następnie wysyła go do Sekretariatu Międzynarodowej Sieci HPH.