**진 료 협 력 병 원 협 약 서**

**제 1 조 (목적)**

 본 협약은 상호 신뢰와 존중을 바탕으로 긴밀한 협진 및 협력체계를 구축하여 공동발전을 도모하는

 것을 목적으로 한다.

**제 2 조 (협약사항)**

 **가. 상호 환자의뢰 및 회송**

 의뢰한 환자에 대해서는 우선적으로 진료. 처치 및 수술토록 하며,

원활한 사후관리가 가능하다고 판단 되면 지체 없이 환자를 회송하여 치료할 수 있게 한다.

 **나. 의학정보교류**

 최신 의학정보 공유를 위해 각종 세미나, 연수프로그램 및 국내.외 교육의 기회를

 제공하고 의학정보를 자유로이 이용 및 공유할 수 있도록 상호 개방 한다.

 **다. 시술. 경영 정보 교류**

 1) 상호 발전에 필요한 자문 요청에 적극 협조한다.

 2) 기타 필요한 사항에 대해서도 상호 협의하여 결정한다.

**제 4 조 (협약기간)**

 가. 협약기간은 체결일로부터 1년으로 하며, 상호 이의가 없는 한 1년씩 자동 연장하는 것으로 한다.

 나. 협약기간 중이라도 필요 시 상호 협의 하에 본 협약을 해지할 수 있다.

**제 5 조 (협약사항의 추가 및 변경)**

 본 협약사항 이외 추가되거나 변경되는 내용에 대하여는 상호간에 합의에 의해 결정하는

 것으로 한다.

**새빛안과병원 협력병원 및 진료의뢰-회송 시범사업 참여 신청서**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **병원명** |  | **담당****부서** |  | **담당자** |  |
| **요양기관번호** |  | **전화****번호** |  | **팩스****번호** |  |
| **주소** |  | 20 . . .**대표자** (인/서명) |
| **병원구분** |  |

▪ 신청방법 : 팩스 031- 900- 7777

▪ 문 의 : 세경의료재단 새빛안과병원 진료협력센터

연락처 031- 900- 7703 / 이메일 rc7703@saeviteye.com