

## Instrukcja Użytkownika – Formularz rejestracyjny

---

### **Badanie INFoPOL\_PICU**

Roczny rejestr zakażeń Gram-ujemnych na Oddziałach Intensywnej  
Terapii Dziecięcej w Polsce.

---

### **WIELOOŚRODKOWE BADANIE OBSERWACYJNE**

Rybnik, czerwiec 2022

Biostat Sp. z o.o.

 Aleje Jerozolimskie 96, Warszawa 00-807  ul. Kowalczyka 17, 44-206 Rybnik

## Autorzy

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Aleksandra Awramienko-Włoczek | <a href="mailto:aawramienko@biostat.com.pl">aawramienko@biostat.com.pl</a> |
|-------------------------------|--|

## Historia zmian

| Numer wersji | Data wersji   | Sekcje        | Podsumowanie<br>dokonanych zmian |
|--------------|---------------|---------------|----------------------------------|
| 1.0          | 05.06.2023 r. | Cały dokument | Wersja finalna                   |

## Spis treści

|   |    |
|---|----|
| 1. Rejestracja do badania .....   | 6  |
| 1.1 Wejście do systemu rejestracji.....                                       | 6  |
| 1.2 Wybór rodzaju formularza rejestracyjnego .....                            | 7  |
| 1.3 Zapoznanie się z Informacją na temat przetwarzania danych osobowych ..... | 7  |
| 1.4 Weryfikacja adresu e-mail .....   | 8  |
| 1.5 Formularz rejestracyjny .....   | 9  |
| 1.6 Formularz Rejestracji Konsultanta .....                                   | 13 |
| 2. Pomoc techniczna .....   | 17 |

## **Wstęp**

Niniejsza instrukcja opisuje proces rejestracji do badania INFoPOL\_PICU. W celu komfortowej i bezpiecznej pracy zalecamy korzystanie z najnowszych wersji przeglądarek Google Chrome, Mozilla Firefox, Internet Explorer (11.0 lub nowsza), Microsoft Edge oraz Safari.

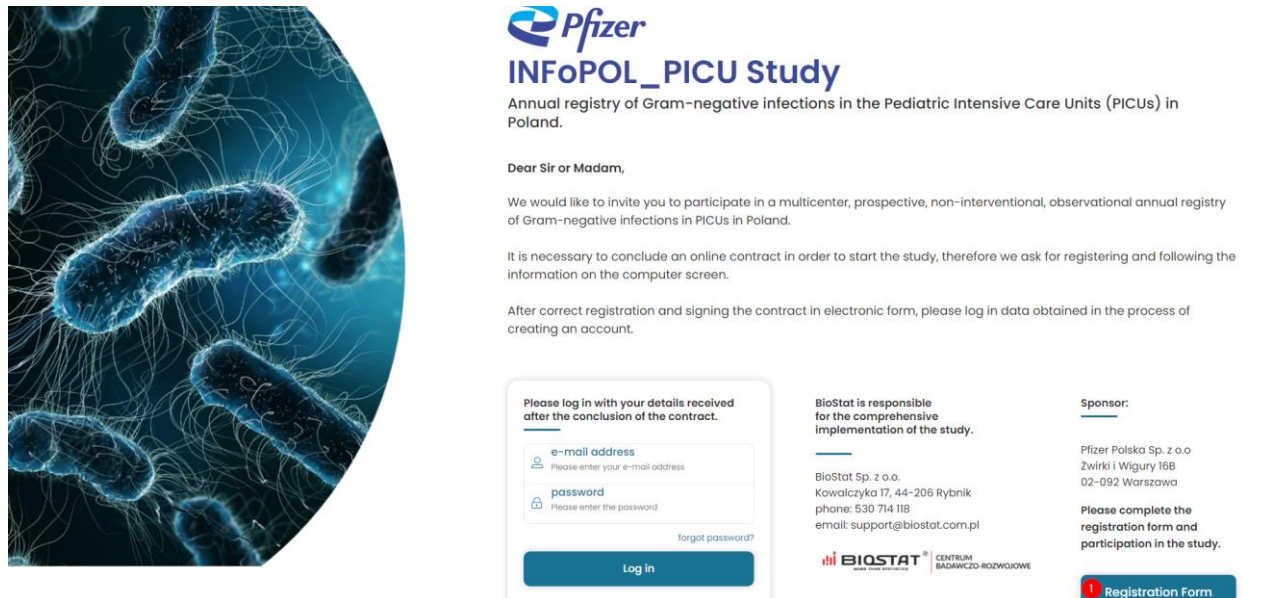
Wszystkie dane wprowadzone w niniejszej instrukcji nie są danymi autentycznymi.

# 1. Rejestracja do badania

## 1.1 Wejście do systemu rejestracji

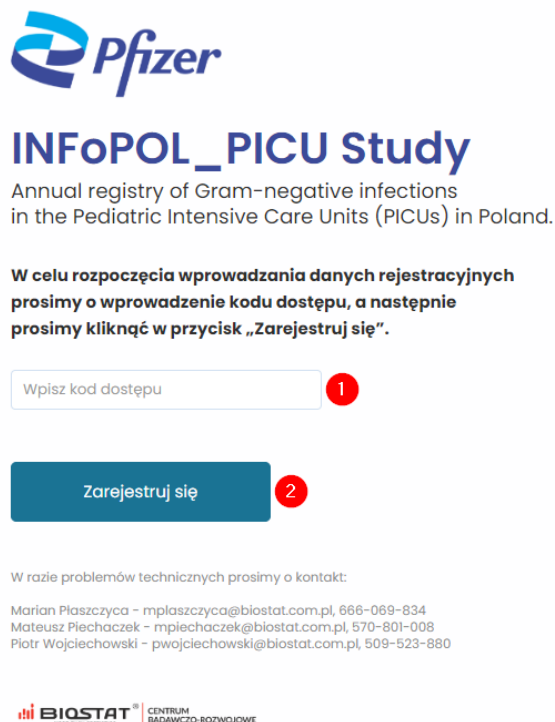
W celu rozpoczęcia pracy w systemie eCRF.biz™ należy kliknąć w poniższy link:  
<https://www.ecrf.biz.pl/infopol-study.php>

Pojawi się strona startowa badania. Pierwszym krokiem do zawarcia umowy jest wypełnienie formularza rejestracyjnego. W tym celu należy kliknąć przycisk „Formularz rejestracyjny” (1).



Rysunek 1. Strona startowa badania

Aby rozpocząć uzupełnianie formularza rejestracyjnego należy wprowadzić kod dostępu z otrzymanej wiadomości e-mail (1), a następnie kliknąć przycisk „Zarejestruj się” (2).



Rysunek 2. Kod dostępu

## 1.2 Wybór rodzaju formularza rejestracyjnego

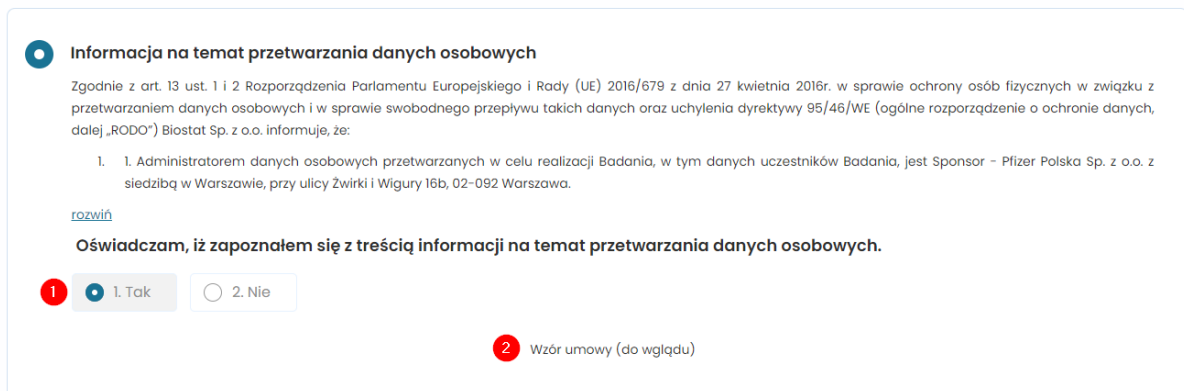
W zależności od roli pełnionej w badaniu, należy wybrać odpowiedni formularz rejestracyjny – **rejestracja skrócona** dla Badacza Głównego lub **rejestracja pełna** dla Współbadacza.



Rysunek 3. Wybór rodzaju formularza rejestracyjnego

## 1.3 Zapoznanie się z Informacją na temat przetwarzania danych osobowych

W przypadku **rejestracji pełnej**, niezbędne jest zapoznanie się z informacją na temat przetwarzania danych osobowych. Formularz nie obowiązuje dla **rejestracji skróconej**. Po wybraniu odpowiedzi „Tak” (1), możliwy jest wgląd we wzór umowy (2).



Rysunek 4. Informacja na temat przetwarzania danych osobowych

Po zapoznaniu się z Informacją na temat przetwarzania danych osobowych następuje weryfikacja adresu e-mail, niezbędna w procesie prawidłowej rejestracji.

## 1.4 Weryfikacja adresu e-mail

Po podaniu prawidłowego adresu e-mail (1), należy kliknąć w przycisk „Weryfikuj adres e-mail” (2):

**Weryfikacja adresu email**

Prosimy o podanie adresu email. Po kliknięciu na "Weryfikuj adres email" otrzyma Pan/Pani kod, który należy wpisać do pola "Wprowadź kod z wiadomości e-mail" i kliknąć na przycisk "Sprawdź kod". W przypadku nieotrzymania maila z kodem, proszę zweryfikować poprawność wprowadzonego adresu email.

Wprowadź adres e-mail **1**

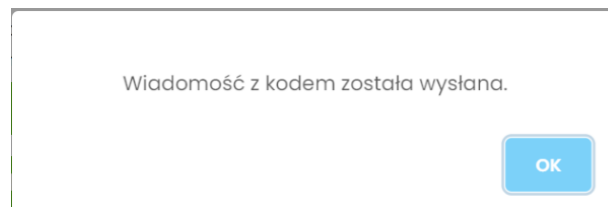
**Weryfikuj adres e-mail** **2**

Wprowadź kod z wiadomości e-mail

**Sprawdź kod**

Rysunek 5. Weryfikacja adresu e-mail

Następnie pojawi się komunikat informujący o tym, że wiadomość z kodem została wysłana na wskazany adres. W celu zamknięcia komunikatu należy kliknąć „OK”:



Rysunek 6. Weryfikacja adresu e-mail - komunikat

Otrzymany kod weryfikacyjny należy wpisać w pole opisane jako „Wprowadź kod z wiadomości e-mail”(1). Następnie konieczne jest kliknięcie przycisku „Sprawdź kod”(2):

**Weryfikacja adresu email**

Prosimy o podanie adresu email. Po kliknięciu na "Weryfikuj adres email" otrzyma Pan/Pani kod, który należy wpisać do pola "Wprowadź kod z wiadomości e-mail" i kliknąć na przycisk "Sprawdź kod". W przypadku nieotrzymania maila z kodem, proszę zweryfikować poprawność wprowadzonego adresu email.

Wprowadź adres e-mail

**Weryfikuj adres e-mail**

Wprowadź kod z wiadomości e-mail **1**

**Sprawdź kod** **2**

Rysunek 7. Weryfikacja adresu e-mail – kod

Jeśli kod został wprowadzony poprawnie, pojawi się poniższy komunikat o pomyślnej weryfikacji. W celu zamknięcia komunikatu należy kliknąć „OK”.

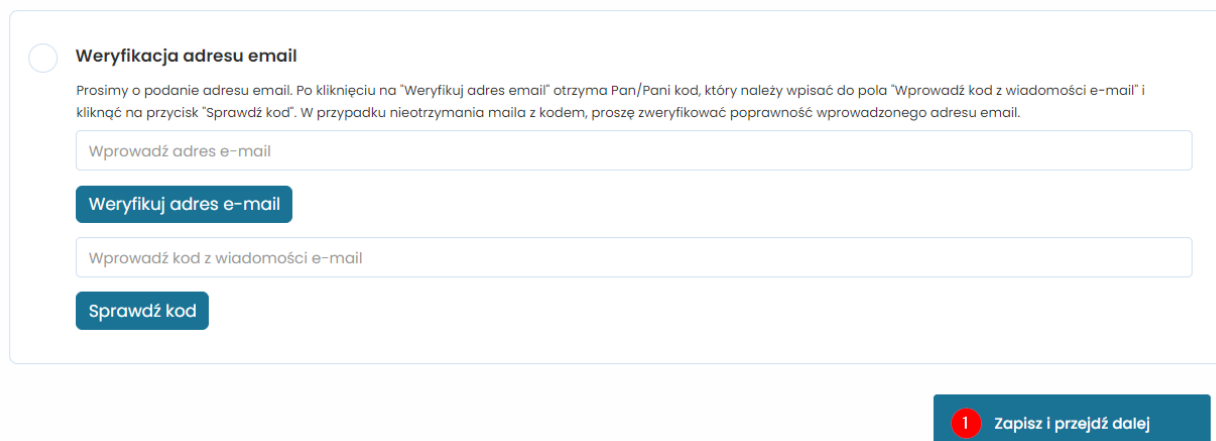
Adres e-mail zweryfikowany pomyślnie.



Rysunek 8. Weryfikacja kodu - komunikat



W przypadku **rejestracji skróconej** po wykonaniu powyższych kroków, należy wybrać opcję „Zapisz i przejdź dalej” (1) – użytkownik zostanie przekierowany do kroki Formularz Rejestracji Konsultanta (punkt 1.6).



☐ **Weryfikacja adresu email**

Prosimy o podanie adresu email. Po kliknięciu na "Weryfikuj adres email" otrzyma Pan/Pani kod, który należy wpisać do pola "Wprowadź kod z wiadomości e-mail" i kliknąć na przycisk "Sprawdź kod". W przypadku nieotrzymania maila z kodem, proszę zweryfikować poprawność wprowadzonego adresu email.

Wprowadź adres e-mail

**Weryfikuj adres e-mail**

Wprowadź kod z wiadomości e-mail

**Sprawdź kod**

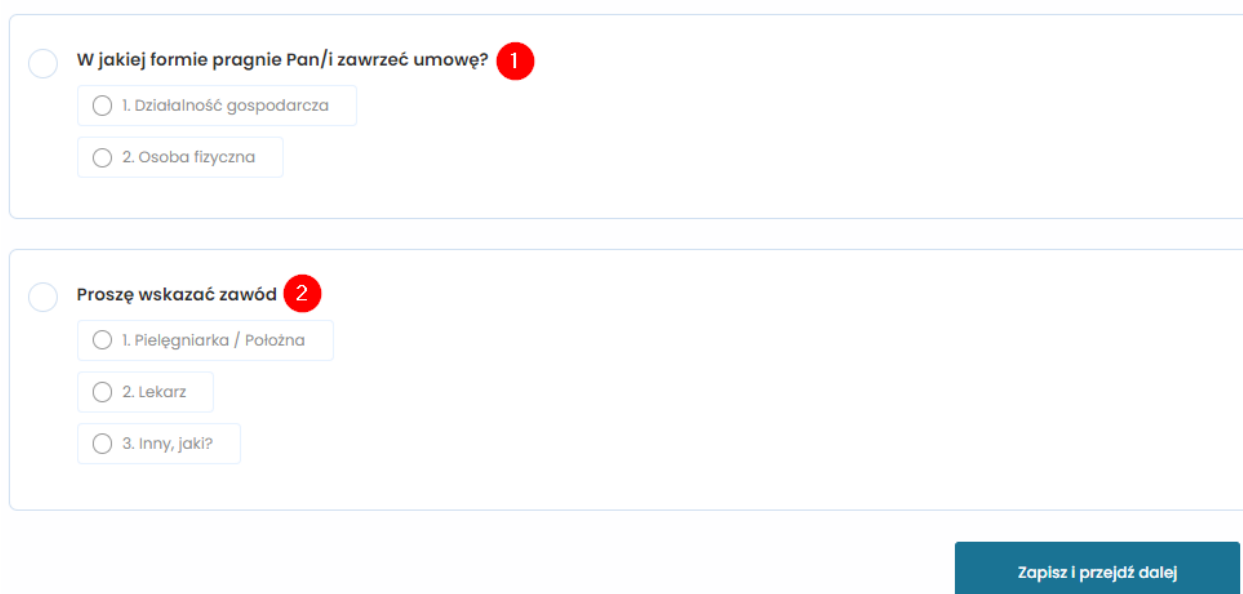
**1 Zapisz i przejdź dalej**

Rysunek 9. Zapisanie wprowadzonych danych

W przypadku rejestracji pełnej (Współbadacz), należy przystąpić do dalszego wypełniania formularza rejestracyjnego.

## 1.5 Formularz rejestracyjny

Należy wskazać preferowaną formę zawarcia umowy. Odpowiedź w pytaniu "W jakiej formie pragnie Pan/i zawrzeć umowę?" (1) definiuje, jakie pytania formularza pojawią się na kolejnych stronach tzn. pytania dotyczące prowadzonej działalności czy pytania dotyczące osoby fizycznej. Następnie należy podać zawód osoby uzupełniającej formularz rejestracyjny (2).



☐ **W jakiej formie pragnie Pan/i zawrzeć umowę?** **1**

☐ 1. Działalność gospodarcza

☐ 2. Osoba fizyczna

☐ **Proszę wskazać zawód** **2**

☐ 1. Pielęgniarka / Położna

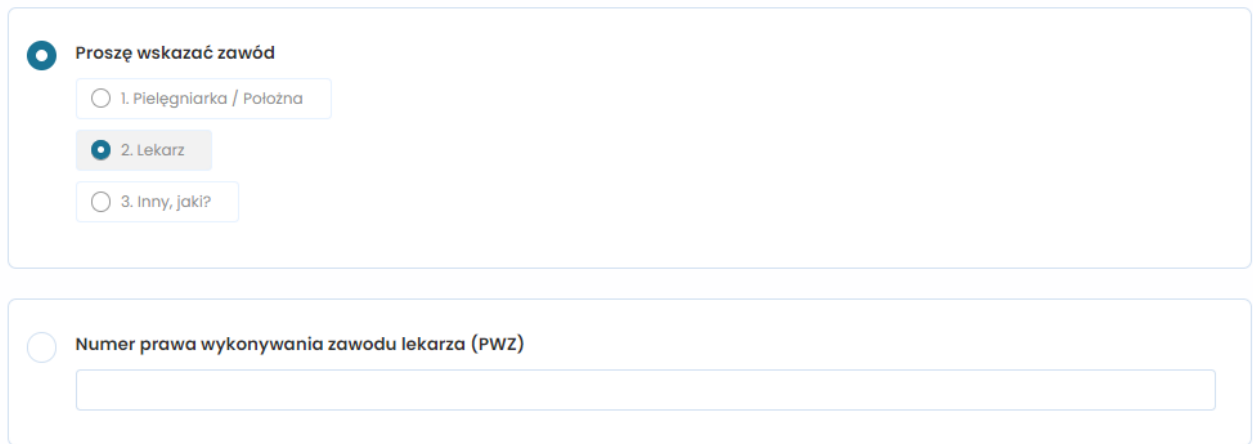
☐ 2. Lekarz

☐ 3. Inny, jaki?

**Zapisz i przejdź dalej**

Rysunek 10. Formularz rejestracyjny – preferowana forma zawarcia umowy oraz zawód

Po zaznaczeniu odpowiedzi „Lekarz” oraz „Pielęgniarka” konieczne będzie również wskazanie numeru PWZ.



**Proszę wskazać zawód**

☐ 1. Pielęgniarka / Położna

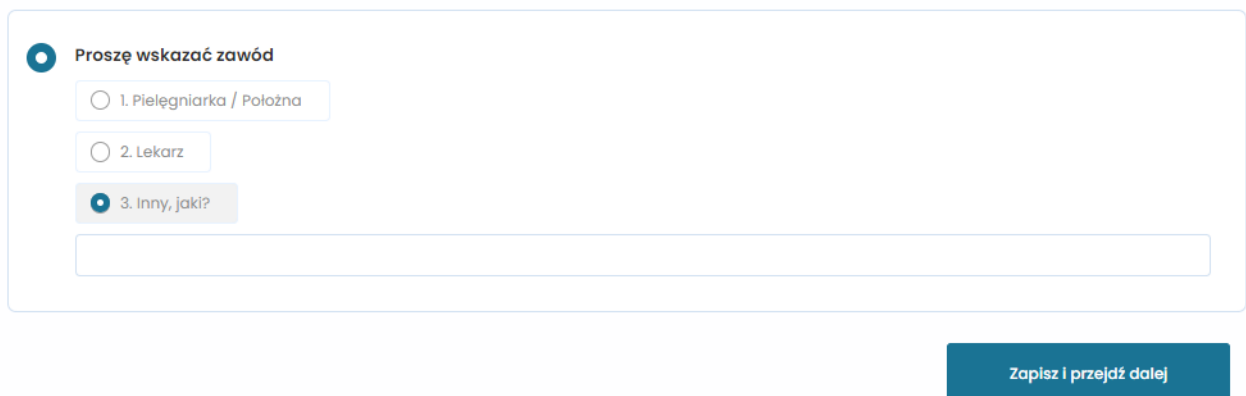
☒ 2. Lekarz

☐ 3. Inny, jaki?

☐ Numer prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZ)

Rysunek 11. Formularz rejestracyjny – numer prawa wykonywania zawodu

Po wskazaniu odpowiedzi „Inny, jaki?” w polu otwartym (1) należy doprecyzować o jaki zawód chodzi. W przypadku odpowiedzi „Pielęgniarka” oraz „Inny, jaki?” konieczne jest podanie imienia i nazwiska lekarza odpowiedzialnego za nadzór medyczny i rekrutację pacjentów (2).



**Proszę wskazać zawód**

☐ 1. Pielęgniarka / Położna

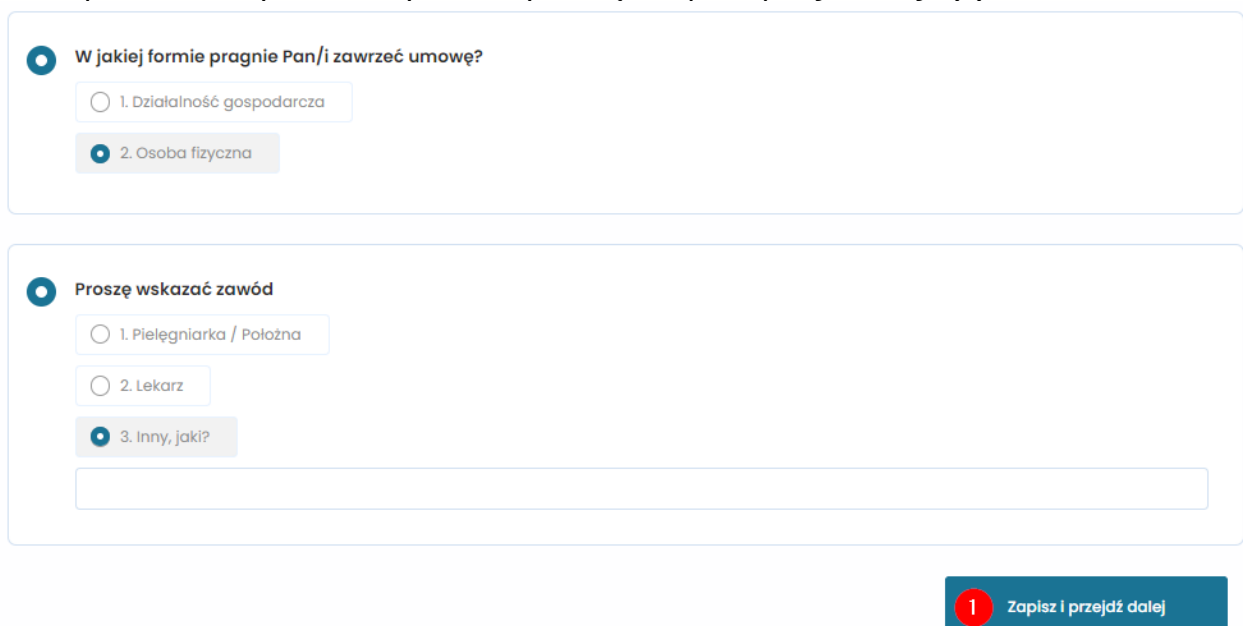
☐ 2. Lekarz

☒ 3. Inny, jaki?

Zapisz i przejdź dalej

Rysunek 12. Formularz rejestracyjny – inny zawód

Po uzupełnieniu wszystkich danych należy kliknąć „Zapisz i przejdź dalej” (1).



**W jakiej formie pragnie Pan/i zawrzeć umowę?**

☐ 1. Działalność gospodarcza

☒ 2. Osoba fizyczna

**Proszę wskazać zawód**

☐ 1. Pielęgniarka / Położna

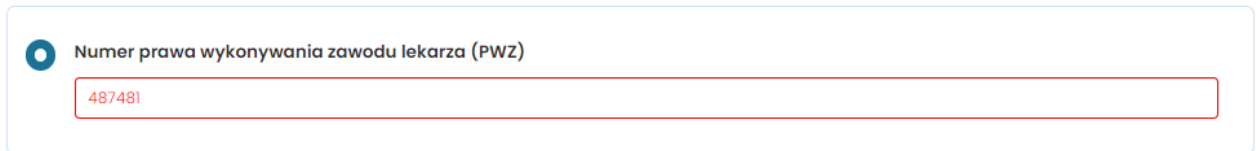
☐ 2. Lekarz

☒ 3. Inny, jaki?

1 Zapisz i przejdź dalej

Rysunek 13. Zapisanie wprowadzonych danych

**Uwaga** – w przypadku wprowadzenia błędnych danych zostaną one podświetlone kolorem czerwonym. Ten sposób informowania o błędach dotyczy również innych pól otwartych (np. numer telefonu, kod pocztowy itp.).



☐ Numer prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZ)

487481

Rysunek 14. Formularz rejestracyjny – wprowadzono błędne dane

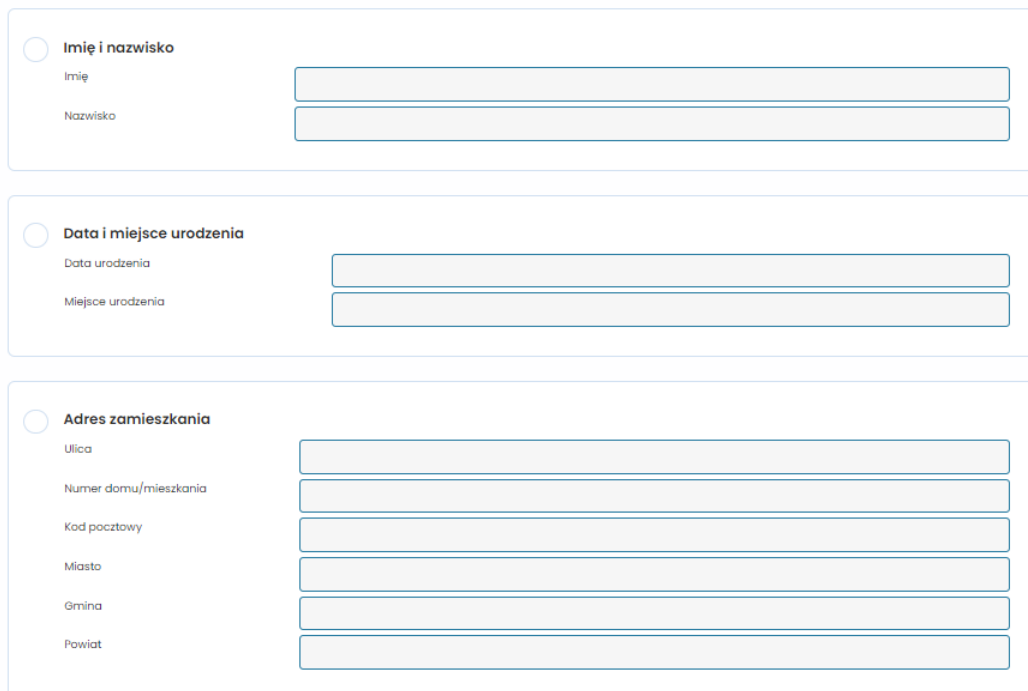
Po naciśnięciu przycisku „Zapisz i przejdź dalej” wyświetlają się kolejne strony formularza.

Poniższy przykład dotyczy wariantu dla osoby fizycznej. Po wprowadzeniu niezbędnych danych należy kliknąć „Zapisz i przejdź dalej”.



### INFoPOL\_PICU Study

Annual registry of Gram-negative infections  
in the Pediatric Intensive Care Units (PICUs) in Poland.



☐ **Imię i nazwisko**

Imię

Nazwisko

☐ **Data i miejsce urodzenia**

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

☐ **Adres zamieszkania**

Ulica

Numer domu/mieszkania

Kod pocztowy

Miasto

Gmina

Powiat

☐ **Adres zameldowania**

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Ulica i numer domu/lokalu

Kod pocztowy      Miejscowość

Gmina:

Powiat:

☐ **Adres korespondencyjny**

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Ulica i numer domu/lokalu

Kod pocztowy      Miejscowość

☐ **PESEL**

☐ **NIP**

\*Powyższe pole nie jest wymagane do zamknięcia formularza

☐ **Adres urzędu skarbowego**

\*Obowiązkowo należy podać miejscowość w której znajduje się urząd. Wypełnienie pozostałych pól jest wskazane lecz nie jest konieczne do zamknięcia formularza

Ulica i numer domu/lokalu

Kod pocztowy      Miejscowość

☐ **Narodowy fundusz zdrowia**

Miejscowość:

Kod funduszu:

☐ **Numer telefonu**

☐ **Adres e-mail**

☐ **Numer konta bankowego**

\*Powyższe pole nie jest wymagane do zamknięcia formularza

☐ Czy jest Pani/Pan zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę i otrzymuje Pani/Pan wynagrodzenie co najmniej minimalne (zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej)?
 

☐ 1. Tak
 ☐ 2. Nie

☐ Czy jest Pani/Pan zatrudniona/y na podstawie umowy zlecenia z inną firmą niż Biostat Sp. z o.o. i otrzymuje Pani/Pan wynagrodzenie miesięczne w wysokości co najmniej minimalnego (zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej)?
 

☐ 1. Tak
 ☐ 2. Nie

☐ Czy posiada Pani/Pan stopień niepełnosprawności?
 

☐ 1. Tak
 ☐ 2. Nie

☐ Czy posiada Pani/Pan prawo do
 

☐ 1. Emerytury
 ☐ 2. Renty
 ☐ 3. Żadne z powyższych

☐ Czy posiada Pani/Pan prawo do
 

☐ 1. Emerytury
 ☐ 2. Renty
 ☐ 3. Żadne z powyższych

☐ **Potwierdzenie**

☐ POTWIERDZAM, IŻ POWYŻSZE INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.  
O KAŻDEJ ZMIANIE, MAJĄCEJ WPŁYW NA ZMIANĘ MOJEGO ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA W ZUS, ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ NIEZWŁOCZNIE, NAJPÓŹNIEJ DO 5 DNIA OD MOMENTU ZAISTNIENIA ZMIANY, POWIADOMIĆ FIRMĘ BIOSTAT SP. Z O.O.

Powrót

Zapisz i przejdź dalej

Rysunek 15. Formularz rejestracyjny – dane potrzebne do zawarcia umowy

## 1.6 Formularz Rejestracji Konsultanta

W przypadku **rejestracji pełnej**, po uzupełnieniu formularza rejestracyjnego, użytkownik zostaje przekierowany do Formularza Rejestracji Konsultanta. W przypadku **rejestracji skróconej**, użytkownik zostaje przekierowany do Formularza Rejestracji Konsultanta po zweryfikowaniu adresu email.

Po uzupełnieniu niezbędnych danych w Formularzu Rejestracji Konsultanta, należy wybrać „Zapisz i przejdź dalej”(1).



## INFoPOL\_PICU Study

Annual registry of Gram-negative infections  
in the Pediatric Intensive Care Units (PICUs) in Poland.

### Informacje dotyczące FORMULARZA REJESTRACJI KONSULTANTA

[rozwiń](#)



### Formularz Rejestracji Konsultanta

Imię:

Siunia

Nazwisko:

Testowa

Stopień naukowy:

Specjalizacja:

Obszar terapeutyczny:

Adres miejsca pracy wraz z kodem pocztowym:

Członkostwo w organizacjach/instytucjach, komitetach:

Dorobek naukowy (doświadczenie jako wykładowca- proszę podać przykłady konferencji, historia publikacji- można załączyć listę osobno):

Numer telefonu komórkowego (opcjonalnie) :

Adres e-mail:

testowanko05063@harakirimail.com

Znajomość języka angielskiego:

#### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

W CELU PRZEKAZYWANIA INFORMACJI O MOŻLIWOŚCIACH POTENCJALNEJ WSPÓŁPRACY Z PFIZER POLSKA SP. Z O.O.

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu nawiązywania potencjalnej współpracy w przyszłości?

☐ Tak

☐ Nie

Czy wyrażają Państwo zgodę na przekazywanie Państwu informacji za pośrednictwem kanałów komunikacji elektronicznej wskazanych w formularzu (telefon komórkowy, e-mail)?

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji za pośrednictwem w/w adresu e-mail.

☐ Tak

☐ Nie

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji za pośrednictwem w/w numeru telefonu.

☐ Tak

☐ Nie



### Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

[rozwiń](#)

Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią informacji na temat przetwarzania danych osobowych.

☐ Tak

☐ Nie

Powrót

1 Zapisz i przejdź dalej

Rysunek 16. Formularz Rejestracji Konsultanta

W przypadku rejestracji pełnej, w następnym kroku pojawia się ostatnia strona formularza, na której należy wybrać odpowiedni ośrodek z przedstawionej listy (1). Na stronie tej znajduje się również pytanie dotyczące zainteresowania innymi aktywnościami badawczymi (2). Wyrażenie zgody w tym przypadku jest opcjonalne. Po udzieleniu odpowiedzi na wszystkie pytania należy kliknąć „Zapisz i przejdź dalej” (3):



## INFoPOL\_PICU Study

Annual registry of Gram-negative infections  
in the Pediatric Intensive Care Units (PICUs) in Poland.

☐ **Ośrodek:**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Wrocław_01   | Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu<br>Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci<br>ul. Borowska 213<br>50-556 Wrocław               |
| <input type="radio"/> Lublin_01    | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie<br>Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej<br>ul. prof. Antoniego Gębali 6<br>20-093 Lublin                                     |
| <input type="radio"/> Poznań_01    | Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu<br>Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatricznej<br>ul. Szpitalna 27/33<br>60-572 Poznań   |
| <input type="radio"/> Warszawa_01  | Instytut "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"<br>Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii<br>AL Dzieci Polskich 20<br>04-730 Warszawa   |
| <input type="radio"/> Białystok_01 | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhova w Białymstoku<br>Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu<br>ul. Jerzego Waszyngtona 17<br>15-274 Białystok |
| <input type="radio"/> Łódź_01      | Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi<br>Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej - Oddział Intensywnej terapii i Anestezjologii dla Dzieci<br>ul. Pankiewicza 16 (ul. Sporna 36/50) 91-738 Łódź                 |
| <input type="radio"/> Gdańsk_01    | Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku<br>Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci<br>ul. Polanki 119<br>80-308 Gdańsk  |
| <input type="radio"/> Katowice_01  | Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu<br>Medycznego w Katowicach<br>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii<br>ul. Medyków 16<br>40-752 Katowice     |
| <input type="radio"/> Kraków_01    | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie<br>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii<br>ul. Strzelecka 2<br>31-503 Kraków   |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Chorzów_01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie Szpital dla Dzieci<br>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci<br>ul. Strzelców Bytomskich 11<br>41-500 Chorzów |
| <input type="radio"/> Łódź_02    | Instytut Centrum Zdrowia Matki Palki<br>Klinika Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt<br>ul. Rzgowska 281/289<br>93-338 Łódź  |
| <input type="radio"/> Opole_01   | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu<br>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Noworodków<br>al. W. Witosa 26<br>45-401 Opole   |

☐ **Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a udziałem w innych aktywnościach badawczych realizowanych przez BioStat?**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (to jest imienia, nazwiska, adresu e-mail i innych danych wskazanych w niniejszej umowie) przez BioStat Sp. z o.o. adres: 44-206 Rybnik, ul. Kowalczyka 17, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydz. Gospodarczy pod numerem KRS 0000351860, nr tel. (+48) 22 12 28 025, adres e-mail: [biuro@biostat.com.pl](mailto:biuro@biostat.com.pl) (dalej zwanym „Administratorem”) w celu zapewnienia Administratorowi możliwości skontaktowania się ze mną dla potrzeb zaoferowania mi udziału w aktywnościach badawczych lub innych podobnych aktywnościach organizowanych przez Administratora, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w skrócie określane, jako „RODO”. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż:

- ✓ Administratorem moich danych osobowych jest BioStat Sp. z o.o. adres: 44-206 Rybnik, ul. Kowalczyka 17, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydz. Gospodarczy pod numerem KRS 0000351860, nr tel. (+48) 22 12 28 025, adres e-mail: [biuro@biostat.com.pl](mailto:biuro@biostat.com.pl);
- ✓ Administrator będzie przechowywał moje dane osobowe przez okres wykonywania prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, który obecnie nie jest możliwy do określenia;
- ✓ Mam prawo do zgłoszenia od Administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (w określonych w przepisach przypadkach), a także prawo do przenoszenia danych, cofnięcia w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie danych przez Administratora oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- ✓ Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne, a w razie ich niepodania Administrator nie będzie mógł oferować mi udziału w badaniach i innych podobnych aktywnościach związanych z wykonywanym przeze mnie zawodem;
- ✓ Administrator może dokonywać profilowania moich danych w celu zakwalifikowania mnie do oferowanych przez niego badań lub innych aktywności (profilowanie będzie dotyczyć wykonywanego przeze mnie zawodu).

☐ 1. Tak

☐ 2. Nie

Powrót

Zapisz i przejdź dalej

Rysunek 17. Formularz rejestracyjny – wybór ośrodka oraz inne aktywności BioStat

Po zapisaniu wszystkich danych, **na wskazany adres e-mail w ciągu 24 h zostanie wysłana:**

- **rejestracja pełna:** umowa, kwestionariusz konsultanta i dane do logowania do systemu eCRF,
- **rejestracja skrócona:** kwestionariusz konsultanta i dane do logowania do systemu eCRF.



Po naciśnięciu przycisku „Wyloguj się” (1), użytkownik zostaje przekierowany do strony startowej badania.



## INFoPOL\_PICU Study

Annual registry of Gram-negative infections  
in the Pediatric Intensive Care Units (PICUs) in Poland.

### Dziękujemy za wprowadzenie danych.

E-mail z danymi do logowania i umową zostanie wysłany w czasie do 24h.  
Prosimy o wylogowanie się z formularza – przycisk „wyloguj się”.

W razie problemów technicznych prosimy o kontakt:

Marian Płaszczycza - mplashczycza@biostat.com.pl, 666-069-834  
Mateusz Piechaczek - mpiechaczek@biostat.com.pl, 570-801-008  
Piotr Wojciechowski - pwojciechowski@biostat.com.pl, 509-523-880



FAQ / Polityka Prywatności / Cookies

Rysunek 18. Formularz rejestracyjny – wylogowanie

## 2. Pomoc techniczna

W razie problemów technicznych prosimy o kontakt:

Marian Płaszczycza - mplashczycza@biostat.com.pl, 666-069-834  
Mateusz Piechaczek - mpiechaczek@biostat.com.pl, 570-801-008  
Piotr Wojciechowski - pwojciechowski@biostat.com.pl, 509-523-880



Wyloguj się

1

Instrukcja

Kontakt