ZGŁOSZENIE INDYWIDUALNE   
**SZKOLENIE PODSTAWOWE/ UZUPEŁNIAJĄCE**\* PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DOKONUJĄCYCH PRZETACZANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW

Temat szkolenia- „Zasady przetaczania krwi i jej składników”

Termin szkolenia- ……………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwisko i imię (imiona)** | **Data urodzenia** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Nr aktualne posiadanego uprawnień do przetaczania krwi i jej składników** | **Uwagi**  **(wypełnia organizator)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| **Miejsce zatrudnienia**  (nazwa podmiotu leczniczego) | |  | | | |
| **adres e-mail** | |  | | | |
| **adres do korespondencji** | |  | | | |
| **Dane do faktury:** | |  | | | |
| **NIP:** | |  | | | |
| **Dane firmy (Nazwa i adres)** | |  | | | |

\*- niepotrzebne skreślić  
\*\*-dotyczy szkolenia uzupełniającego,

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników.

Data……………….. Podpis ……………………….

**Zał. 5.11. do I/200/44, wersja 4, obowiązuje od dnia 01.04.2022r.** Strona 1 z 1