\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pieczątka firmowa podmiotu leczniczego

ZGŁOSZENIE ZBIORCZE - **SZKOLENIE 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 posiadanego zaświadczenia „Z zasad przetaczania krwi i jej składników”** | **Adres e-mail** | **Uwagi (wypełnia organizator)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

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

Data……………….. Podpis kierownika jednostki zgłaszającej………………………….

**Zał. 5.3. do I/200/44, wersja 4, obowiązuje od dnia 01.04.2022r** Strona 1 z 1