ZGŁOSZENIE **INDYWIDUALNE**\*:  
**SZKOLENIE □ PODSTAWOWE / □UZUPEŁNIAJĄCE**

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DOKONUJĄCYCH PRZETACZANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW

Termin szkolenia- ……………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwisko i imię (imiona)** | **Data urodzenia** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Data ostatniego szkolenie\*\*** | **Uwagi**  **(wypełnia organizator)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| **Miejsce zatrudnienia**  (nazwa podmiotu leczniczego) | |  | | | |
| **adres e-mail** | |  | | | |
| **adres do korespondencji** | |  | | | |
| **Dane do faktury\*\*\*:** | |  | | | |
| **NIP:** | |  | | | |
| **Dane firmy (Nazwa i adres)** | |  | | | |

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

Data………..………….. Podpis ………………….……………….

**Ważne!!! Zgłoszenie również w wersji edytowalnej (doc) przesyłamy na e-mail:sekretariat@rckikol.pl**

|  |  |
| --- | --- |
| Proszę dokonać płatności na 10 dni przed planowanym terminem kursu na: | Nr konta: **91 1130 1189 0025 0146 2820 0001** |
| **Opłata za kurs podstawowy: 200zł/os.** | **Opłata za kurs uzupełniający: 150zł/os.** |