|  |  |
| --- | --- |
| Podmiot Leczniczy(nazwa szpitala) | ………………………………………………………………………………… |

ZGŁOSZENIE ZBIORCZE:
**SZKOLENIE 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\*\*** | **Adres e-mail** | **Uwagi (wypełnia organizator)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

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

**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 uzupełniający: 150zł/os.** |

**Kontakt do osoby w sprawie szkolenia – tel./e-mail ………………………………………..**