

FORMULARZ ZGŁOSZENIA
na kurs specjalistyczny w zakresie
leczenia ran

Imię (imiona) i nazwisko

1. Nazwisko rodowe

2. Imię ojca

3. Data urodzenia Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo Kontakt telefoniczny

5. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Adres kod miasto

ul.

tel. fax..... e-mail.....

8. Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarzkiej lub położnych i uzyskany tytuł

9. Rok uzyskania dyplomu piel./ poł. *)

10. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu piel/poł*)
(rok wydania)

wydane przez

11. Numer rejestru piel./położnych

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Miejsce pracy/ stanowisko

13. Staż pracy w zawodzie

UWAGA: Oplata na kurs powinna być uregulowana w całości najpóźniej w terminie do 10 dni przed egzaminem końcowym.

Wpłaty należy dokonać na konto bankowe Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Zespołu Zakładów Lecznictwa Otwartego i Zamkniętego w Makowie Maz. ul. Witosa 2. BANK PEKAO S.A. O/Maków Maz. 82 1240 5325 1111 0000 5050 5382– kurs specjalistyczny.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych do celów szkoleniowych w w/w ośrodku zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kserokopię zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.
2. Zaświadczenie od pracodawcy o stażu pracy w zawodzie (min. 3 miesiące).

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis kandydata na szkolenie)

.....
(podpis kierownika)