

FORMULARZ ZGŁOSZENIA
na kurs kwalifikacyjny z dziedziny
pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki

Imię (imiona) i nazwisko

1. Nazwisko rodowe

2. Imię ojca

3. Data i miejsce urodzenia

4. PESEL

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

5. NIP

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

6. Adres kod miasto

ul.

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

7. Rodzaj ukończonej szkoły

8. Rok uzyskania dyplomu piel./ poł.

9. Numer i rok wydania prawa wykonywania zawodu

10. Numer rejestru pielęgniarek/ położnych

11. Nazwa i adres zakładu pracy

12. Tytuł naukowy

13. Zajmowane stanowisko

14. Staż pracy

15. Inne kursy (kwalifikacyjne, specjalizacyjne)

16. Dotychczasowe doświadczenia

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.)

.....
data

.....
podpis

Oświadczam, iż:

1. Upoważniam Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Zespół Zakładów w Makowie Maz. do wystawienia faktury VAT bez podpisu.
2. 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 kwalifikacyjny.

.....
(pracodawca podpis i pieczętka)

.....
(podpis pielęgniarki/ położnej)

Część II

SKIEROWANIE NA KURS KWALIFIKACYJNY

Kieruję Panią/Pana*)

na kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki* organizowany przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Makowie Mazowieckim.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy)

Część III

PROTOKÓŁ KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ

Pani/ Pan*)

nie*) został/a zakwalifikowany/a do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie *Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki*.

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

Podpisy Członków
Komisji Kwalifikacyjnej

.....
.....
.....

Podpis Przewodniczącej
Komisji Kwalifikacyjnej

.....

.....
(miejscowość, data)

*) niepotrzebne skreślić