

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

**do Ośrodka Kształcenia Medycznego przy Beskidzkiej Izbie Lekarskiej
w Bielsku-Białej na**

Kurs nr

Temat:.....

Termin:

1. Stopień naukowy.....

2. Nazwisko i imię.....

3. Data i miejsce urodzenia

4. PESEL.....

5. Nr prawa wykonywania zawodu.....

6. Dokładny adres zamieszkania (wraz z kodem).....

.....

7. Nazwa i adres miejsca pracy (wraz z kodem).....

.....

.....

8. Izba Lekarska.....

9. Telefon kontaktowy.....

10. Adres e-mail.....

11. Nazwa i rok ukończenia uczelni (wydział).....

12. Nazwa posiadanej specjalizacji.....

Rok uzyskania.....

13. Nazwa rozpoczętej specjalizacji.....

Data rozpoczęcia specjalizacji.....

Planowany termin przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego (rok).....

(data)

(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić