

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

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

Kurs nr **05-705/3-02-027-2019**

Temat: **Diagnostyka obrazowa**

Termin: **21.10.2019r. – 24.10.2019r.**

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.....
Planowana data zakończenia modułu podstawowego.....
Planowany termin przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego (rok).....

(data)

(podpis i pieczęćka)

* niepotrzebne skreślić