

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

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

Kurs nr 05-712/3-41-060-2021

Temat: **Ratownictwo medyczne**

Termin: **04.10.2021r. - 08.10.2021r.**

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