

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

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

Kurs nr 05-712/3-41-047-2023

Temat: **Ratownictwo medyczne**

Termin: **25.09.2023r. - 29.09.2023r.**

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