KWESTIONARIUSZ STAŻYSTY BESKIDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W BIELSKU-BIAŁEJ

1. Imię i nazwisko............................................................................................................
2. Data i miejsce urodzenia..............................................................................................
3. Stałe miejsce zamieszkania.........................................................................................
4. Nr PESEL..............................................
5. Dyplom /zaświadczenie o ukończeniu studiów/:
	* Numer....................................
	* Akademia Medyczna..............................................................................................
	* Rok ukończenia......................................................................................................
	* Średnia ocen arytmetyczna ocenz egzaminów uzyskana w okresie studiów

	(liczba do dwóch cyfr po przecinku)................................................................
6. Optymalne miejsce realizacji stażu

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

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

1. Data rozpoczęcia stażu /właściwe podkreślić/ 1 października 20…

1 marzec 20…

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

podpis stażysty

Bielsko-Biała, dnia.......................