



REGIONALNE
CENTRUM
KRWIOPRAWSTWA
I KRWIOLECZNICTWA
W POZNANIU

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA

W KURSIE.....

TERMIN.....

LP	dane	Dane uczestnika																				
1.	IMIĘ (drukowanymi)																					
2.	NAZWISKO (drukowanymi)																					
3.	PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
4.	data urodzenia	dz.....m-c.....rok.....																				
5.	tel. kontaktowy adres do korespondencji																					
6.	nr PWZDL/PWZL																					
7.	specjalizacje, data specjalizacji																					
8.	nazwa miejsca pracy ,adres																					
9.	staż pracy zawodowej																					
10.	staż pracy w PRACOWNI SEROLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ																					
11.	System pracy w PRACOWNI SEROLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ *Zakreślić system	1. stały* 2. rotacyjny 3. tylko dyżury																				
12.	Powód skierowania na szkolenie *Zakreślić odpowiednie	1. nabycie uprawnień* 2. przerwa w pracy powyżej 2 lata																				
13.	Przebyte szkolenia																					
14.	Nabyte dotychczas uprawnienia z immunologii krwinki czerwonej																					
15.	Potwierdzam, że dane zawarte w wniosku są zgodne z prawdą <i>Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z postanowieniem U S T AWY z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883</i> <i>Podpis kandydata</i>																				



data i podpis kierownika.....

Pieczętka zakładu pracy

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE

wypełnia Kierownik jednostki kierującej

Kieruję Panią /Pana

na szkolenie.....

w terminie.....

koszt szkolenia pokrywa.....

oświadczam ,że kandydat przepracował w PRACOWNI SEROLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ

zgodnie z ROZPORZADZENIEM MINISTRA ZDROWIA Z DNIA z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ,§26.

lat.....miesiący.....

dni..... pod nadzorem Kierownika pracowni,

w systemie.....

data i podpis kierownika.....

Wypełnia pracownik Działu Organizacyjnego RCKiK w Poznaniu

Data wpłynięcia zgłoszenia.....

Wypełnia Kierownik Działu Immunologii Transfuzjologicznej RCKiK w Poznaniu

Zakwalifikowano na kurs: TAK NIE

Data pieczętka i podpis kierownika Działu

Immunologii Transfuzjologicznej

.....