Klinika ffx
Kształcenie podyplomowe w zawodach medycznych
fax: 012 398 19 93
tel.kom: 0 605 459 420
biuro.krakow@klinikaffx.pl
www.klinikaffx.pl

Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie

UWAGA! Kartę prosimy wypełnić czytelnie, **DRUKOWANYMI** literami

NAZWA KURSU: ……

1. Imię (imiona) i nazwisko……
2. Imię ojca……
3. Nr NIP…… PESEL……
4. Data urodzenia…… Miejsce urodzenia……
   (miejscowość, województwo)

5. Adres zamieszkania. ……
   ……
   ……
   (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina, województwo)*

6. Numer telefonu: …… służbowy …… adres e-mail ……
7. Wykształcenie zawodowe ……
8. Nazwa szkoły medycznej ……
   rok ukończenia …… uzyskany tytuł ……
9. Prawo wykonywania zawodu:
   Numer zaświadczenia | | | | | | | | Litera : |
   (P lub A)
   data wystawienia ……
   wydane przez ……
   numer rejestru Pielęgniarek i Położnych | | | | | | | | | | | | |
   *(*dłuższy numer z prawa wykonywania zawodu, umieszczony nad datą wydania zaświadczenia)*

10. Przebyte szkolenia: specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne:
    ……
    ……
11. Miejsce pracy: pełna nazwa i adres zakładu pracy ……
    ……
    NIP zakładu pracy …… nr faxu ……
    komórka organizacyjna ……
    organ założycielski ……

    FAKTURA NA ZAKŁAD PRACY? TAK ☐ NIE ☐

12. Zajmowane stanowisko ……
13. Staż pracy: w zawodzie …… zgodnie z dziedziną kursu ……

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu

Data …… ……
podpis

*niepotrzebne proszę skreślić