Karta zgłoszeniowa kursu dokształcającego

„Pielęgnowanie pacjenta z centralnym kontaktem naczyniowym”

Imię (imiona) i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię ojca………………………………………………………… Nazwisko rodowe matki ………………………………………..…………………

Data urodzenia *……………………………………………………………………………………………………………………………*……………………

Miejsce urodzenia ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Obywatelstwo …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pesel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………..………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*ulica i nr domu, kod, miejscowość*

Wykształcenie:

Tytuł zawodowy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Nazwa ukończonej szkoły ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Rok uzyskania dyplomu ukończenia …………………………………………………………………………………………………………………

Staż pracy w pielęgniarstwie ………………………………………………………………………………………………………………………….

Prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………………………………………………………………………………………

Miejsce pracy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stanowisko ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dane do faktury ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NIP firmy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ukończone kursy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres mailowy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Odbyła kurs specjalistyczny w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………

zorganizowany przez ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Nazwa i adres Organizatora kształcenia*

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

pod kierunkiem ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*tytuł imię i nazwisko*

w terminie od ………………………………………………………….. do ……………………………………………………………………………..

Szkolenie teoretyczne – zaliczone / niezaliczone …………………………… …………………………………

*Data podpis Kierownika kursu dokształcającego*

Szkolenie praktyczne – zaliczone / niezaliczone …………………………… …………………………………

*Data podpis Kierownika kursu dokształcającego*

…………………………………………………………. ………………………………………………………………..

*Miejscowość, data podpis i pieczęć Organizatora kształcenia*

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Stowarzyszenia Bono Serviamus. Ustawa z dnia 29.08.1997r. –   
Dz. U nr 133 o ochronie danych osobowych.