

Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie doszkalającym

W zakresie - **PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH** dla pielęgniarek i położnych

1. **Imię (imiona) i nazwisko**.....
2. **Nazwisko rodowe**..... 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: domowy służbowy
7. **Wykształcenie zawodowe**
8. **Nazwa szkoły medycznej**
rok ukończenia uzyskany tytuł
9. **Prawo wykonywania zawodu:** Numerdata wystawienia
wydane przez
numer rejestru Pielęgniarek i Położnych
10. **Przebyte szkolenia:** specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne; rok ukończenia:
12. **Miejsce pracy:** pełna nazwa i adres zakładu pracy
.....
NIP zakładu pracy nr faxu
komórka organizacyjna
organ założycielski
13. **Zajmowane** **stanowisko**
14. **Staż pracy:** w zawodzie zgodnie z dziedziną kursu
15. Izba Pielęgniarska właściwa dla miejsca zatrudnienia
16. Numer rejonu wyborczego**
17. **Dane do rachunku** /jeśli potrzebne/:
Pełna nazwa płatnika:
Adres płatnika.....
Numer NIP

*niepotrzebne skreślić

zgłoszeniu

Potwierdzam zgodność danych zawartych w

Data

.....

(podpis)

* zakresł właściwe

** dot. WOIPiP

UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami