

**Regionalne Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa w Raciborzu
Dział Metodyczno-organizacyjny
47-400 Racibórz ul. Sienkiewicza 3
Tel: 324153454, 324152088**

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W KURSIE
PODSTAWOWYM Z ZAKRESU IMMUNOLOGII
TRANSFUZJOLOGICZNEJ**

1. Nazwisko i imię.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Nr PESEL.....
4. Miejsce zamieszkania.....
5. Ul..... tel. kontaktowy.....
6. Wykształcenie zawodowe (ukończona szkoła/uczelnia, rok ukończenia).....
.....
7. Nr wpisu na listę diagnostów (dotyczy osób z wyższym wykształceniem).....
.....
8. Specjalizacje.....
.....
9. Data specjalizacji.....
10. Adres i nazwa miejsca pracy.....
11. Staż pracy zawodowej.....
12. Stanowisko/funkcja.....

Potwierdzam, że podane dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z postanowieniem art.23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych DZ.U.Nr133 poz.883 z 1997 r. ze zmianami.

.....
Data i podpis kierownika laboratorium

.....
Data i podpis kandydata

.....
Pieczętka zakładu pracy

Opłata za kurs zostanie wniesiona przez (wskazać właściwe):

1.pracodawcę.....

2.uczestnika kursu.....

Potwierdzam, że Panu/Pani.....

Zostanie umożliwione odbycie kursu podstawowego w pracowni immunologii transfuzjologicznej zgodnie z ust.2&29 rozdz.4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. (DzU 2013,Poz.5).

Wypełnia Kierownik Działu Immunologii Transfuzjologicznej Krwinki Czerwonej RCKiK w Raciborzu.

Zakwalifikowano na kurs: TAK, NIE

Termin kursu:.....

.....
Data

.....
Pieczętka podpis kierownika Działu
Immunologii Transfuzjologicznej Krwinki Czerwonej