



CENTRUM MEDYCZNE
KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO

Informacje wymagane w celu uzyskania wpisu na listę kursów specjalizacyjnych
dla diagnostów laboratoryjnych

Data wpływu do CMKP

Numer kursu

Nazwa kursu:

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

Przeznaczenie kursu/dziedzina

.....

Nazwa jednostki szkolącej akredytowanej przez CMKP do prowadzenia specjalizacji (dane jednostki nadrzędnej i komórki organizacyjnej) adres siedziby, numer telefonu, e-mail:

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

Miejsce realizacji kursu (dane jednostki nadrzędnej i komórki organizacyjnej prowadzącej kurs, z którą jednostka akredytowana podpisała porozumienie) numer telefonu, e-mail:
(jeżeli kurs jest organizowany we własnej strukturze, jednostka nie uzupełnia tego pola)

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

Termin kursu:

.....

Liczba osób skierowanych przez jednostkę szkolącą do odbycia kursu w podanym terminie:.....

Kierownik jednostki szkolącej

Kierownik kursu

.....
(imię, nazwisko, data, podpis)

.....
(imię, nazwisko, data, podpis)