



CENTRUM MEDYCZNE  
KSZTAŁCENIA  
PODYPLOMOWEGO

Informacje wymagane w celu uzyskania wpisu na listę kursów specjalizacyjnych  
w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

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)