



CENTRUM MEDYCZNE  
KSZTAŁCENIA  
PODYPLOMOWEGO

Informacje wymagane w celu uzyskania wpisu na listę kursów doskonalących  
dla *DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH*

Tytuł kursu:

.....

Kurs zgodny z wpisem nr.....

Nazwa podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu, adres siedziby, telefon, e-mail:

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

Termin kursu: .....

Miejsce realizacji kursu:.....

.....

Kierownik naukowy: .....

Zgłoszenia na kurs:

.....  
.....

Kierownik jednostki szkolącej

Kierownik naukowy kursu

data, czytelny podpis

data, czytelny podpis

| WYPEŁNIA WOJEWODA                           |  |
|---|--|
| Data wpływu informacji:                     |  |
| Zweryfikowano pod względem formalnym (data) |  |
| Przesłano do CMKP (data)                    |  |
| WYPEŁNIA CMKP                               |  |
| Data wpływu informacji:                     |  |
| Nr kursu:                                   |  |