



CENTRUM MEDYCZNE  
KSZTAŁCENIA  
PODYPLOMOWEGO

Informacje wymagane w celu uzyskania wpisu na listę kursów doskonalących  
dla *RATOWNIKÓW 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:	