**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS DOSKONALĄCY  
dla dyspozytorów medycznych**

w ramach doskonalenia zawodowego

W formularzu wysłanym pocztą e-mail nie wymaga się podpisu

**Kurs nr:** 05-D/151-004-2020

**Kurs prowadzony przez:** **Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” w Warszawie**

**Termin:** **16.03.2020 – 19.03.2020, 23.03.2020 – 26.03.2020 roku.**

1. Nazwisko:

2. Imię:

3. Data urodzenia:  miejsce urodzenia

4. PESEL:

5. Telefon kontaktowy:

6. Adres e-mail:

7. Adres do korespondencji:

kod: **-**  miejscowość:

ulica: nr domu: nr mieszkania:

województwo: powiat:

8. Kwalifikacje zawodowe: *proszę wpisać poniżej* ***TAK lub NIE***

lekarka/lekarz systemu:

pielęgniarka/pielęgniarz systemu:

ratowniczka/ratownik systemu:

inne (jakie):

9. Nazwa ukończonej szkoły/uczelni:

10. Data wydania świadectwa/dyplomu:

numer świadectwa/dyplomu:

11. Pełna nazwa miejsca pracy (dysponenta jednostki):

12. Adres miejsca pracy:

kod: **-** miejscowość:

ulica: nr domu:

województwo: powiat:

113. Data zatrudnienia w obecnym miejscu pracy na stanowisku dyspozytora medycznego:

(data) (podpis)