

Data.....

**Regionalne Centrum Krwiodawstwa  
i Krwiolecznictwa w Katowicach**

Dział Organizacyjny

40-074 Katowice ul.Raciborska 15

Tel.: 032 208 74 41, fax. 032 208 74 42

**Zgłoszenie na kurs serologiczny wstępny w terminie od.....do.....**

Nazwisko i imię.....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr PESEL .....

Miejsce zamieszkania .....

ul. .... tel. ....

Nr oraz rok uzyskania prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego /

lub rok uzyskania dyplomu technika analityki medycznej\*

.....

Miejsce pracy (nazwa i adres podmiotu leczniczego ) .....

.....

tel.....email.....

Stanowisko / funkcja .....

Opłata za kurs zostanie wniesiona przez *pracodawcę / uczestnika kursu*\*

**Załącznik:** Oświadczenie – Potwierdzenie odbycia stażu w pracowni immunologii transfuzjologicznej **F –DO-17.6**

.....  
podpis pracownika

.....  
podpis Kierownika Pracowni  
Immunologii Transfuzjologicznej

.....  
podpis Dyrektora  
podmiotu leczniczego

\* niepotrzebne skreślić

**Wypełnia pracownik Działu Organizacyjnego RCKiK w Katowicach**

Data wpłynięcia zgłoszenia.....

**Wypełnia Kierownik Działu Immunologii Transfuzjologicznej RCKiK w Katowicach**

Zakwalifikowano na kurs:

TAK	NIE
-----	-----

Termin kursu:.....

.....

Data

.....

pieczętka i podpis kierownika Działu  
Immunologii Transfuzjologicznej