

Data.....

**Regionalne Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa w Katowicach**

Dział Organizacyjny

40-074 Katowice ul.Raciborska 15

Tel.: 32 208 74 41, fax. 32 208 74 42

Zgłoszenie na kurs serologiczny uzupełniający 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

.....

Nr oraz data uzyskania uprawnień do wykonywania badań immunohematologicznych pod

nadzorem

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