

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 doskonalący w dniu

Nazwisko i imię.....

Data i miejsce urodzenia

Nr PESEL

Miejsce zamieszkania

ul. tel.

Nr oraz rok uzyskania prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

.....

Miejsce pracy (nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....

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

Stanowisko / funkcja

Nr oraz data uzyskania uprawnień do wykonywania badań immunohematologicznych

.....

Oплата za kurs zostanie wniesiona przez *pracodawcę / uczestnika kursu**

.....
podpis pracownika

.....
podpis Kierownika Pracowni
Immunologii Transfuzjologicznej

.....
podpis Dyrektora
podmiotu leczniczego

Wypełnia pracownik Działu Organizacyjnego RCKiK w Katowicach

Data wpłynięcia zgłoszenia.....

Wypełnia Kierownik Działu Immunologii Transfuzjologicznej RCKiK w Katowicach

Zakwalifikowano na kurs:

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

.....
Data

.....
pieczętka i podpis kierownika Działu
Immunologii Transfuzjologicznej