

Data.....

**Regionalne Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa w Katowicach**

Dział Organizacji i Marketingu
40-074 Katowice ul. Raciborska 15
Tel.: 032 208 74 41, fax. 032 208 74 42

Zgłoszenie na kurs serologiczny podstawowy w terminie od.....do.....

Nazwisko i imię.....

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL

Miejsce zamieszkania

ul. tel.

Numer 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 –DOM-17.6**

.....
podpis pracownika

.....
podpis Kierownika Pracowni
Immunologii Transfuzjologicznej

.....
podpis Dyrektora
podmiotu leczniczego

* niepotrzebne skreślić

Wypełnia pracownik Działu Organizacji i Marketingu 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