

STOWARZYSZENIE HIGIENY LECZNICTWA
ZAKŁAD PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ I ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH
W NARODOWYM INSTYTUCIE LEKÓW
FUNDACJA „INSTYTUT PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ”

KARTA ZGŁOSZENIA LEKARZA NA KURS Z DZIEDZINY ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Planowany termin rozpoczęcia kursu: 24 września 2012 marzec 2013

1. Imię i nazwisko:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
4. Adres zamieszkania: ul: kod: miasto:
Tel. dom: tel. praca:tel. kom:
5. Email: fax:
6. Tytuł naukowy: Rok uzyskania dyplomu lekarza:
7. Nazwa i adres zakładu pracy:.....
.....
8. Nazwa i adres płatnika (dokładny):
..... NIP:
9. Zajmowane stanowisko: Staż pracy ogólny..... lat
10. Posiadane specjalizacje:
.....
11. Ukończone dotychczas kursy w zakresie mikrobiologii, epidemiologii, chorób zakaźnych lub zakażeń szpitalnych (organizator, rok ukończenia):
.....
.....
12. Doświadczenia dotychczasowe w kontroli zakażeń szpitalnych:
.....
.....
13. Pani/Pana oczekiwania od organizatorów tego szkolenia (specyficzne tematy i formy szkolenia, itp.):
.....
.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis