**SZKOLENIE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DOKONUJĄCYCH PRZETACZANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW**

Podmiot leczniczy kierujący na szkolenie:

………………………………………………………………………………………………..

Data szkolenia: ………………….

Zakres szkolenia: [ ]  podstawowe [ ]  uzupełniające

|  |
| --- |
| **LISTA PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH** |
| Nazwisko | Imię | Nr prawa wykonywania zawodu | Adres e-mail uczestnika |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Dane osoby z podmiotu leczniczego do kontaktu z RCKiK w Raciborzu w zakresie organizacji i przeprowadzenia szkolenia:

Imię i nazwisko: ……………………………………………..

Numer telefonu: ..……………………………………………