……

……
(pieczątka firmowa/dane adresowe osoby prywatnej)

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu

Formularz zgłoszenia pielęgniarek i położnych lub innych pracowników kierowanych przez podmioty lecznicze do RCKiK w Wałbrzychu na szkolenie **Podstawowe/Uzupełniające**** w trybie online z zagadnień krwiodawstwa i krwiolecznictwa w terminie ……

Podmiot*: ……

Lp.	Nazwisko	Imię	Adres e-mail	Zawód	Nr prawa wykonywania zawodu	Faktura (tak/nie)	Uwagi

Telefon kontaktowy*:* ……

Zaakceptował: ……
(data, podpis, pieczątka imienna osoby upoważnionej)

** nie uzupełnia osoba prywatna nieprowadząca działalności*
*** niepotrzebne skreślić*