

FORMULARZ ZGŁSZENIOWY DO UDZIAŁU W SZKOLENIU

Skan wydrukowanego i wypełnionego zgłoszenia prosimy złożyć w sekretariacie lub przesłać na adres: szkolenia@angelius.org

DANE UCZESTNIKA:

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Stanowisko/Dział:

Nazwa (firma) i adres siedziby ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji albo banku komórek rozrodczych i zarodków, który kieruje uczestnika do odbycia szkolenia:

Zgłoszenie dotyczy szkoleń, które zostaną przeprowadzone w okresie od 01.09.2019r – 13.10.2019r.

Proszę zaznaczyć odpowiedni rodzaj szkolenia:

- Szkolenie ustawiczne personelu medycznego – lekarz
- Szkolenie ustawiczne personelu medycznego – embriolog / biolog
- Szkolenie ustawiczne personelu medycznego – pielęgniarka / położna
- Szkolenie ustawiczne- pracownicy administracyjni

- Szkolenie wstępne personelu medycznego – lekarz
- Szkolenie wstępne personelu medycznego – embriolog / biolog
- Szkolenie wstępne personelu medycznego – pielęgniarka / położna
- Szkolenie wstępne- pracownicy administracyjni

.....
Podpis uczestnika szkolenia