



Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie

Formularz zgłoszeniowy uczestników szkolenia*:

- podstawowego lekarzy odpowiedzialnych za gospodarkę krwią w podmiotach leczniczych (dwudniowe)
- ustawicznego (przypominającego) lekarzy odpowiedzialnych za gospodarkę krwią w szpitalach (jednodniowe)
- dla kierowników i pracowników Banków Krwi (dwudniowe)

Zgłaszam pracowników na szkolenie do RCKiK w Szczecinie w terminie.....

Lp.	Imię i nazwisko pracownika	Miejsce zatrudnienia	Stanowisko	Telefon kontaktowy lub e-mail
1				
2				
3				

Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów szkolenia zgodnie z aktualnym cennikiem RCKiK w Szczecinie.

Opłatę należy uiścić:

- przelewem na konto Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia: nr konta 10 1130 1176 0022 2126 9820 0001.

.....
podpis Dyrektora/Prezesa podmiotu leczniczego

.....
pieczęć podmiotu leczniczego