

Regionalne Centrum  
Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa  
im. dr Konrada Vietha  
w Radomiu

**INDYWIDUALNE ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE  
W ZAKRESIE PRZETACZANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW**

1. IMIĘ I NAZWISKO: .....
2. DATA URODZENIA: .....
3. MIEJSCE URODZENIA: .....
4. SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO: .....
5. ADRES ZAMIESZKANIA: .....  
.....  
kontakt (telefon) .....
6. ZAWÓD WYKONYWANY :.....
7. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU: .....
8. MIEJSCE PRACY/SZPITAL: .....  
.....
9. RODZAJ SZKOLENIA: PODSTAWOWE / UZUPEŁNIAJĄCE (*niepotrzebne skreślić*)
10. PROPONOWANY TERMIN SZKOLENIA: .....

DATA: ..... PODPIS: .....

*UWAGA! W trakcie szkolenia obowiązuje strój służbowy*