

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
Akademia Herniologiczna
Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o.



Formularz zgłoszeniowy udziału w szkoleniu z zakresu leczenia operacyjnego przepuklin metodą laparoskopową.

I. Dane uczestnika szkolenia

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:

.....

NIP:

.....

Numer prawa wykonywania zawodu lekarza:

.....

Specjalizacja:

specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej / pokrewnej

lekarz w trakcie specjalizacji

Jeżeli w trakcie specjalizacji – rok szkolenia:

.....

II. Dane miejsca zatrudnienia

Nazwa podmiotu leczniczego:

.....

Adres miejsca zatrudnienia:

.....

Stanowisko:

.....

III. Dane kontaktowe

Adres korespondencyjny:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Adres e-mail:

.....



IV. Informacje organizacyjne

Preferowany termin szkolenia:

.....

Źródło informacji o szkoleniu:

strona internetowa

rekomendacja lekarza

konferencja / szkolenie

inne:

V. Oświadczenia uczestnika

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- 1) Posiadam aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza.
- 2) Zapoznałem/am się z Regulaminem Akademii Herniologicznej Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o.
- 3) Zobowiązuję się do zawarcia umowy szkoleniowej przed rozpoczęciem szkolenia.
- 4) Przyjmuję do wiadomości, że udział w szkoleniu ma charakter obserwacyjny i nie obejmuje wykonywania świadczeń zdrowotnych ani podejmowania decyzji medycznych.
- 5) Zobowiązuję się do zachowania poufności informacji dotyczących pacjentów, dokumentacji medycznej oraz organizacji pracy Szpitala.

VI. Podpis uczestnika

Miejscowość i data:

.....

Podpis uczestnika:

.....

