

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**NADANIE TYTUŁU SPECJALISTY CEWNIKOWANIA PRAWOSTRONNEGO SERCA SEKCJI KRĄŻENIA
PŁUCNEGO PTK**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer prawa wykonywania zawodu:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podstawowe miejsce
pracy:.....

Adres do korespondencji:.....

Kod pocztowy..... Miejscowość.....

Telefon:..... e-mail:.....

specjalizacja (rok uzyskania):

liczba wykonanych cewnikowań prawostronnych serca:

--

(potwierdzonych w książce zabiegowej lub w bazie danych ORPKI):

Potwierdzenie wykonania zabiegów przez Kierownika Pracowni Kardiologii Interwencyjnej:

.....

Podpis Kierownika Pracowni lub osób uprawnionych do potwierdzenia wykonania zabiegów (SCPS)

Potwierdzam, że dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

.....

Podpis i pieczętka składającego wniosek

W załączeniu:

- Kopia dyplomu specjalisty
- Kopia zaświadczenia o odbyciu szkolenia w Pracowni Certyfikowanej
- Potwierdzenie opłacenia składek PTK

Sprawdź, czy przesłane zostały wszystkie powyższe załączniki

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w związku z prowadzeniem bazy danych SCPS Sekcji Krążenia Płucnego PTK

.....
Podpis składającego wniosek