

miejsowość, dnia



Wniosek o Certyfikację w zakresie umiejętności zawodowej Neuroultrasonografii

Ja, niżej podpisana/podpisany
zwracam się z wnioskiem certyfikację w zakresie umiejętności zawodowej Neuroultrasonografii, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2023 r. poz. 1189) oraz Regulaminem organizacji i prowadzenia Certyfikacji w zakresie umiejętności zawodowej Neuroultrasonografii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z dnia 5 lipca 2024 w trybie egzaminu/ procedury uznania certyfikatu Sekcji Neurosonologii PTN*.

Dane osobowe:

1. Nazwisko
2. Imiona
3. Data i miejsce urodzenia
4. Adres kontaktowy:
Kod pocztowy: miejscowość:
Ulica: numer domu/mieszkania:
5. PESEL:
6. Nazwa i adres reprezentowanej praktyki lekarskiej/podmiotu leczniczego (pieczęć):
.....
7. Nazwa i adres właściwej terytorialnie Okręgowej Izby Lekarskiej
.....
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZ) na terytorium Polski
9. Posiadane specjalizacje lekarskie
10. E-mail Telefon

.....
(podpis, pieczęć)

~~Opłatę w wysokości _____,00 zł tytułem przystąpienia do egzaminu z Neuroultrasonografii w ramach certyfikacji w zakresie umiejętności zawodowej należy wpłacić na konto:~~

* skreślić niepotrzebne

