

SP ZOZ WSPRiTS w Płocku
ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5
09-400 Płock

Formularz zgłoszeniowy

Imię i nazwisko:

Zgłaszam udział i zobowiązuję się do pełnego uczestnictwa i ukończenia z wynikiem pozytywnym* :

1. KDRM (120 pkt):

- 08.10.2024 r. – 13.10.2024 r.
- 05.11.2024 r. – 10.11.2024 r.
- 03.12.2024 r. – 08.12.2024 r.

2. Seminarium „Prawa pacjenta w ochronie zdrowia”:

- 07.10.2024 r.
- 04.11.2024 r.
- 02.12.2024 r.

.....
(data i czytelny podpis)

* właściwie zaznaczyć