

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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIA W 2025

Imię i nazwisko uczestnika:

Wybór szkolenia - (proszę zaznaczyć odpowiednie pole „x”)

	Nazwa szkolenia	Termin
	Szkolenie dla kadry medycznej zwiększające wiedzę i umiejętności w zakresie radzenia sobie z agresją i przemocą ze strony pacjentów lub ich rodzin (m.in. samoobrona oraz prawa w sytuacjach zagrożenia). *	☐ 13-14.10.2025 r. ☐ ☐
	Szkolenie (seminarium) z zakresu farmakoterapii dla kadry medycznej. *	☐ 15.10.2025 r. ☐ ☐
	Szkolenie (seminarium) pn. Skuteczna komunikacja z pacjentem dla kadry medycznej, w tym obejmująca pacjentów ze szczególnymi potrzebami . *	☐ 16.10.2025 r. ☐ ☐

* Deklaruję pełne uczestnictwo w wybranym szkoleniu.

.....
(data i czytelny podpis)