**Zgłoszenie uczestnictwa w kursach doskonalących dla lekarzy POZ**

1. Imię (imiona) i nazwisko ...........
2. PESEL[[1]](#footnote-1).....
3. Adres do korespondencji (kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)….
4. Nr telefonu[[2]](#footnote-2) ............................................ adres e-mail[[3]](#footnote-3) ……………………..…………
5. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza ...........................
6. Nazwa i adres miejsca pracy (nazwa praktyki zawodowej) ……………
7. Potwierdzenie zatrudnienia stanowi załącznik „Zaświadczenie o zatrudnieniu”
8. Status zawodowy lekarza:

w trakcie specjalizacji w dziedzinie: …………………………………………………………………………

specjalista w dziedzinie(-ach):……………………………………………………………………………………………………….

1. Preferencje dotyczące posiłku: danie wegetariańskie: **TAK/ NIE**
2. Lista rezerwowa uczestników kursu: proszę o uwzględnienie mojego zgłoszenia na liście rezerwowej: **TAK/NIE \***

\* Jeżeli wybrano TAK - uczestnik będzie uwzględniany przy tworzeniu List rezerwowych w sytuacji, gdy liczba chętnych będzie większa niż liczba miejsc na kursie. O możliwości udziału w kursie z „Listy rezerwowej” Uczestnik zostanie poinformowany poprzez przesłanie wiadomości tekstowej sms na nr telefonu komórkowego wskazany w niniejszym głoszeniu, na który jest zobowiązany niezwłocznie odpowiedzieć czy będzie brał udział w Kursie.

……………………………………..……\*

(podpis wnioskodawcy)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tytuł k u r s u** | **Preferowany termin udziału (proszę wskazać zgodnie z podanym harmonogramem realizacji kursów)** | **Proszę przy wybranym kursie wstawić X (uczestnik może wziąć udział w 2 różnych kursach)** | **Czy planuję wnioskować o dofinansowanie kosztów:**  **1) podróży do max. 200 zł  2) noclegu do max. 200 zł[[4]](#footnote-4)** |
| 1 | Podstawy badania ortopedycznego - geriatrycznego |  |  | **1) Podróż: Tak, planowana wartość:…..**  **2) Nocleg Tak, planowana wartość:…..** |
| 2 | Wczesne wykrywanie nowotworów skóry |  |  | **1) Podróż: Tak, planowana wartość:…..**  **2) Nocleg Tak, planowana wartość:…..** |
| 3 | Warsztaty EKG |  |  | **1) Podróż: Tak, planowana wartość:…..**  **2) Nocleg Tak, planowana wartość:…..** |
| 4 | Warsztaty spirometrii |  |  | **1) Podróż: Tak, planowana wartość:…..**  **2) Nocleg Tak, planowana wartość:…..** |

……………………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)

1. W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pole obowiązkowe – w przypadku braku prywatnego numeru telefonu należy podać służbowy nr telefonu [↑](#footnote-ref-2)
3. Pole obowiązkowe – w przypadku braku prywatnego adresu e-mail należy na potrzeby udziału w projekcie stworzyć i podać adres [↑](#footnote-ref-3)
4. Dofinansowanie przyznawane jest zgodnie z „Regulaminem dofinansowania”, do kwoty 200 zł/podróż i 200zł/nocleg. [↑](#footnote-ref-4)