

**STOWARZYSZENIE HIGIENY LECZNICTWA**  
**ZAKŁAD PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ I ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH**  
NARODOWEGO INSTYTUTU LEKÓW  
FUNDACJA INSTYTUT PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ

---

**KARTA ZGŁOSZENIA LEKARZA NA KURS Z DZIEDZINY ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH**

Planowany termin nowego kursu – kwiecień-maj 2012

1. Imię i nazwisko .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
4. Adres zamieszkania: ul.....kod .....miasto .....  
Tel. dom.....tel. praca.....tel. kom.....
5. E-mail.....fax.....
6. Tytuł naukowy ..... Rok uzyskania dyplomu lekarza .....
7. Nazwa i adres zakładu pracy.....  
.....
8. Nazwa i adres płatnika (dokładny) .....  
.....NIP.....
9. Zajmowane stanowisko..... Staż pracy ogólny..... lat.
10. Posiadane specjalizacje .....  
.....
11. Ukończone dotychczas kursy w zakresie mikrobiologii, epidemiologii, chorób zakaźnych lub zakażeń szpitalnych (organizator, rok ukończenia) .....  
.....  
.....
12. Doświadczenia dotychczasowe w kontroli zakażeń szpitalnych.....  
.....  
.....
13. Pani/Pana oczekiwania od organizatorów tego szkolenia (specyficzne tematy i formy szkolenia, itp.)  
.....  
.....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis