|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | NPWZ | Adres e-mail ( tylko w przypadku szkolenia on-line) | Adres pocztowy do korespondencji w celu wysłania zaświadczenia |
|  |  |  |  |

**Indywidualny formularz zgłoszenia na szkolenie dla pielęgniarek/położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników. Zakres szkolenia ………………………………… Data szkolenia ……………………………..**