

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie**

**Wniosek o zakwalifikowanie na szkolenie jednodniowe
w dziedzinie**

1. Nazwisko i imię

2. Data urodzenia Miejsce urodzenia

Pesel _____

3. Adres zamieszkania

.....

.....

4. Telefon e-mail

5. Wykształcenie

.....

(podać dokładną nazwę szkoły, miejscowość i rok ukończenia)

6. Data otrzymania prawa wykonywania zawodu

7. Nr prawa wykonywania zawodu

8. Staż pracy w zawodzie

9. Odbyte szkolenia podyplomowe:

.....

.....

10. Obecne miejsce pracy

.....

.....

(podać nazwę zakładu, adres, telefon)

11. Proszę na wystawienie rachunku za uczestnictwo w kursie na:

.....

.....

1) W przypadku opłaty przez firmę – podać pełną nazwę, adres i NIP

2) W przypadku osoby fizycznej – podać dane osobowe

Data:

Podpis: