**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**NADANIE TYTUŁU SPECJALISTY CEWNIKOWANIA PRAWOSTRONNEGO SERCA SEKCJI KRĄŻENIA PŁUCNEGO PTK**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data urodzenia…………………………………………… PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer prawa wykonywania zawodu:

Podstawowe miejsce pracy:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji:……………………………………………………………………………………………………………………..

Kod pocztowy…………………………………….. Miejscowość…………………………………………………………………………..

Telefon:………………………………………………….e-mail:………………………………………………………………………………….

specjalizacja (rok uzyskania): ……………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

liczba wykonanych cewnikowań prawostronnych serca:

(potwierdzonych w książce zabiegowej lub w bazie danych ORPKI):

Potwierdzenie wykonania zabiegów przez Kierownika Pracowni Kardiologii Interwencyjnej:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis Kierownika Pracowni lub osób uprawnionych do potwierdzenia wykonania zabiegów (SCPS)

Potwierdzam, że dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Podpis i pieczątka składającego wniosek

W załączeniu:

* Kopia dyplomu specjalisty
* Kopia zaświadczenia o odbyciu szkolenia w Pracowni Certyfikowanej
* Potwierdzenie opłacenia składek PTK

***Sprawdź, czy przesłane zostały wszystkie powyższe załączniki***

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w związku z prowadzeniem bazy danych SCPS Sekcji Krążenia Płucnego PTK

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Podpis składającego wniosek