

**Wniosek o wyrażenie zgody na przeprowadzenie szkolenia
dla personelu medycznego**

Temat szkolenia:

Nazwa reprezentowanej firmy:

Imię i nazwisko przedstawiciela:

Telefon / adres e-mail:

Miejsce szkolenia (oddział):

Data i godzina szkolenia:

Do wniosku dołączam szczegółowy program szkolenia.

.....
Data i podpis przedstawiciela

Opinia Ordynatora / Koordynatora oddziału: nie popieram / popieram wniosek

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

.....
Data i podpis Ordynatora / Koordynatora oddziału

NIE WYRAŻAM zgody

WYRAŻAM zgodę

.....
Podpis Z-cy Dyrektora

.....
Podpis Z-cy Dyrektora