

Dane jednostki

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadcza się, że poniżej wskazana pielęgniarka/pielęgniarz/położna uczestniczyła/ł/
w szkoleniu wewnątrzzakładowym/wewnątrzoddziałowym stanowiącym formę doskonalenia
zawodowego.

Imię i nazwisko:	
Numer prawa wykonywania zawodu:	
Temat szkolenia:	
Forma udziału:	<input type="checkbox"/> udział bierny <input type="checkbox"/> udział czynny
Miejsce szkolenia	
Data szkolenia	

Udział w niniejszym szkoleniu uprawnia do uzyskania należnej liczby punktów edukacyjnych
przewidzianej dla tej formy doskonalenia zawodowego, tj.:

udział bierny 2 punkty (uczestnik),

udział czynny – 5 punktów (wykładowca/prelegent)

Liczba należnych punktów edukacyjnych:

.....

Pielęgniarka Oddziałowa

.....

Pielęgniarka Naczelna