|  |  |
| --- | --- |
| Obraz zawierający tekst  Opis wygenerowany automatycznie | **BYDGOSKA SZKOŁA WYŻSZA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA** | szkolenie na odległość |

|  |  |
| --- | --- |
| termin egzaminu | **sobota 25 maja 2024 r. SZCZECINEK** |

|  |  |
| --- | --- |
| nazwisko i imię |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PESEL |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| adres |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| telefon |  | e-mail |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| specjalność (zaznaczyć X) | | |
|  | LST | lekarze dentyści wykonujący medyczne procedury radiologiczne |
|  | LR | lekarze radiolodzy |
|  | LRZ | lekarze wykonujący procedury z zakresu radiologii zabiegowej |
|  | FT | fizycy medyczni, technicy elektroradiologii, inny personel med. wykonujący procedury radiologiczne |

|  |  |
| --- | --- |
| Dane do faktury | |
| nazwa  firmy |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| adres  firmy |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| NIP |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Opłata za szkolenie i egzamin | **359,- zł** |

|  |  |
| --- | --- |
| Numer konta | 78 1320 1117 2057 1722 2000 0007 |

|  |  |
| --- | --- |
| Wypełniony wyłącznie drogą elektroniczną formularz należy wysłać  jako załącznik wraz z kopią polecenia przelewu na adres mailowy | szkolenia.rtg@gmail.com |