

1. Imię (imiona) i nazwisko _____

2. Data urodzenia _____

3. Obywatelstwo _____

4. Numer ewidencyjny (PESEL):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Miejsce zamieszkania:

(Ulica, nr domu, nr mieszkania)

(kod, miejscowość)

(gmina)

(dzielnica)

(powiat)

(województwo)

6. Adres do korespondencji (bez obowiązku podawania):

7. Telefon (bez obowiązku podawania): _____

8. Wykształcenie _____

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

- Dyplom (*) nr: _____

- Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (*) nr: _____

- Specjalizacja i stopień(*) _____

9. Dokumenty dotyczące wykonywanego zawodu:

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru z Izby Lekarskiej (*) _____

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru z Izby Pielęgniarek i Położnych (*) _____

- Zaświadczenie o szkoleniu w stacji dializ (*) _____

(*) dołączyć kopie dokumentów. Brak kopii dokumentów spowoduje odrzucenie kandydatury lub wstrzymanie podpisania umowy !

(data i podpis osoby wypełniającej formularz)