

WZÓR

**WNIOSEK O AKTUALIZACJĘ WPISU NA LISTĘ PODMIOTÓW
UPRAWNIONYCH DO PROWADZENIA KURSU DOSKONALĄCEGO
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH**

Nr wpisu na listę

WYPEŁNIA CENTRUM MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO	
Data wpływu wniosku / data po uzupełnieniu:	
Zweryfikowano pod względem formalnym	Data:
Wezwano do uzupełnienia braków formalnych	Data:

**CZĘŚĆ I. DANE PODMIOTU UPRAWNIONEGO DO PROWADZENIA KURSU
DOSKONALĄCEGO**

1) Podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego:

Nazwa:

Adres:

Numer telefonu:

E-mail:

Data wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego oraz
okres jego obowiązywania:

**2) Osoba będąca przedstawicielem podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu
doskonalącego**

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

E-mail:

CZĘŚĆ II. INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTUALIZACJI WPISU

1) Rodzaj kursu doskonalącego:

.....

2) Zakres aktualizacji wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego:

1

2

3

4

5

3) Kopia dokumentów potwierdzających spełnienie nowych wymagań dotyczących programu kursu doskonalącego lub warunków jego realizacji lub kopia dokumentów potwierdzających zmianę w przypadku aktualizacji danych podmiotu:

1.....

2.....

3.....

4.....

.....

data

.....

podpis osoby reprezentującej podmiot uprawniony
do prowadzenia kursu doskonalącego