załącznik 02/2017/KKNP

Zaświadczenie

Pan/Pani........................................................................................................................................

jest zatrudniony w ........................................................................................................................

.....................................................................od dnia......................................................................

Wykonał 200 krążeń pozaustrojowych (opinia w załączniku) i spełnia kryteria niezbędne do przystąpienia do kursu kwalifikacyjnego dla perfuzjonistów.

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

Data i podpis Kierownika Kliniki / Oddziału Kardiochirurgii

Karta kursu kwalifikacyjnego dla perfuzjonistów nr....................

Imię i Nazwisko ...........................................................................

Data i miejsce urodzenia..............................................................

Nazwa ukończonej szkoły:

a) wyższej.................................................................................... ...........................................................

b) średniej..............................................................................................................................................

Data wydania Dyplomu..........................................................................................................................

Tytuł zawodowy....................................................................................................................................

Miejsce zatrudniania.............................................................................................................................

Miejscowość...................................................................................

Kierownik Kliniki/Oddziału......................................................................................................................

Kierownik Perfuzji....................................................................................................................................

Data zatrudnienia z zespole / dziale perfuzji funkcjonującym w ośrodku...............................................