

.....
(pieczęć organizacji społecznej
zgłaszającej kandydata)

Miejscowość

dnia

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw
Orzekania o Zdarzeniach Medycznych
(wypełniany przez organizacje społeczne działające na rzecz praw pacjenta
na terenie województwa małopolskiego)

I. Informacje wypełniane przez organizację społeczną zgłaszającą kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych	
1. Nazwa podmiotu:	
2. KRS (lub inny organ rejestrowy):	
3. NIP:	
4. REGON:	
5. Adres siedziby	
ulica:	
nr domu:	nr lokalu:
kod pocztowy:	miejsowość:
telefon:	faks:
www:	e-mail:

**II. Informacje o kandydacie na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw
Orzekania o Zdarzeniach Medycznych**

1. Imię i nazwisko kandydata:

2. Wykształcenie:

3. Staż pracy:

4. Numer telefonu kandydata:

5. Adres do korespondencji kandydata:

6. Nazwa i adres pracodawcy:

7. Stanowisko kandydata w zakładzie pracy:

**III. Inne informacje dotyczące kandydata
na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach
Medycznych**

1. Informacje dotyczące posiadanej przez kandydata wiedzy:

2. Informacje dotyczące działań prowadzonych przez organizację na rzecz praw pacjenta na terenie województwa małopolskiego:

Podpisy osób uprawnionych statutowo do reprezentowania organizacji społecznej zgłaszającej kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych