

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw
Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

I. Informacje wypełniane przez Samorząd zawodowy zgłaszający
kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania
o Zdarzeniach Medycznych

1. Nazwa samorządu:

2. NIP:

3. REGON:

4. 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**

**Podpisy osób uprawnionych do zgłoszenia kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw
Orzekania o Zdarzeniach Medycznych**