Centralny Ośrodek Koordynujący

Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU CENTRALNEGO

dla położnych w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych w skryningu raka szyjki macicy

1. Imię, nazwisk(*)…….
2. Data urodzenia…….
3. Pesel: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
4. Miejsce zamieszkania: __ __ - __ __ __ …….
   Miejscowość

……
Ulica *numer domu* *numer mieszkania* *województwo*

5. Kontak telefoniczny:…….
6. E-mail:……...
7. Prawo wykonywania zawodu:
   - Rok wydania……
   - Numer…….**A**
   - Wydany przez……..
8. Miejsce i stanowisko pracy

……

……....

9. **Wybieram termin egzaminu:** ……

.....
podpis i data

*PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKU DRUKOWANYMI LITERAMI