KARTA ZGŁOSZENIA

KURS : …………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

TERMIN………………………………………

DANE UCZESTNIKA :

1. Imię i Nazwisko………………………………………………………………………………..
2. PESEL………………………………………………………
3. Adres zamieszkania……………………………………………………………………………

……………………………………………Tel.kontaktowy…………………………………..

1. Wykształcenie zawodowe ………………………………………………..
2. Nr prawa wykonywania zawodu………………………………………..

( dotyczy diagnostów laboratoryjnych, lekarzy )

1. Przebieg pracy na w Pracowni serologii/immunologii transfuzjologicznej:

- zatrudnienie od dnia…………………….

- system pracy: stały ⁫, rotacyjny ⁫ ,zmianowy ⁫

- wcześniejsze szkolenia z zakresu immunologii transfuzjologicznej

…………………………………………………….…………………….……………………

Data/ Nr. zaświadczenia / przez kogo wydane

………………………………………………………………………………………………….

**Potwierdzam zgodność z prawdą zawartych w karcie zgłoszenia danych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z postanowieniem Art.. 23 Ustawy o ochronie danych osobowych

( Dz..U. .Nr 133 z 1997 r. z późniejszymi zmianami),

…………………………………… ……………………

Data i pieczątka i podpis kierownika Laboratorium/ Data podpis zgłoszonego

Pracowni Serologii/Immunologii Transfuzjologicznej

**................................................................................................................................................................**

………………………………

Pieczątka zakładu pracy

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE

Kieruję Panią/Pana …………………………………………………………………………………

na szkolenie z zakresu badań z immunologii transfuzjologicznej

Koszt szkolenia pokrywa …………………………………………………………………………

………………………….

Pieczątka kierującego zakładem pracy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| rckik | Karta zgłoszenia na kurs dla pracowników pracowni immunologii/serologii transfuzjologicznej | | |
| Załącznik 8.7. do SPO/190/103 wersja 1 | Data obowiązywania: 01.04.2014 | Strona 1 (1) |

………………………….

Pieczątka zakładu pracy/laboratorium

**Oświadczenie**

Pan/Pani ……………………………………………………. PESEL ………………

Imię , nazwisko

Jest zatrudniona w …………………………………………………………………..

na stanowisku…………………………………….. od dnia………………………….

Odbyła kurs w ………..……………………………………………..\*

Jednostka organizacyjna publicznej służby krwi , Data wystawienia i Nr.. zaświadczenia

Spełniła wymagania § 29 p.1,2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. *w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne , w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami*

Proszę o wydanie zaświadczenia upoważniającego do samodzielnego wykonywania badań immunohematologicznych.

…………………………………………..

Data i pieczątka i podpis kierownika Laboratorium

Pracowni Serologii/Immunologii Transfuzjologicznej

\*dla kuru odbytego w miejscu innym niż RCKiK w Olsztynie należy dołączyć kserokopię zaświadczenia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| rckik | Oświadczenie o spełnieniu wymagań do uzyskania uprawnień do samodzielnego wykonywania badań z immunologii transfuzjologicznej | | |
| Załącznik 8.8. do SPO/190/103 wersja 1 | Data obowiązywania: 01.04.2014 | Strona 1 (1) |