

WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Seria i nr dowodu osobistego
/lub innego dokumentu tożsamości/

.....
miejsowość data

.....
Miejsce i termin egzaminu

.....
Adres do korespondencji

.....
nr telefonu kontaktowego

Główny Inspektor Sanitarny
ul. Targowa 65
03-729 Warszawa

WNIOSEK
o dopuszczenie do egzaminu

Na podstawie rozdziału rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2017 poz. 884) zwracam się z wnioskiem o dopuszczenie do egzaminu „Ochrona Radiologiczna Pacjenta”- rodzaj specjalności

.....
podpis

Załączniki

1. Oświadczenie o posiadanej pełnej zdolności do czynności prawnych
2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dla uczestników kursów i szkoleń