

**ZGŁOSZENIE  
NA KURS OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA**

Forma organizacyjna kursu :

*stacjonarny*

*kształcenie na odległość*

<input type="checkbox"/>	lekarz radiolog
<input type="checkbox"/>	lekarz wykonujący procedury z zakresu medycyny nuklearnej
<input type="checkbox"/>	lekarz wykonujący procedury z zakresu radiologii zabiegowej
<input type="checkbox"/>	lekarz wykonujący inne medyczne procedury radiologiczne z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego
<input type="checkbox"/>	lekarz dentysta wykonujący medyczne procedury radiologiczne i personel obsługujący aparaty do dentytometrii kości
<input type="checkbox"/>	fizyk medyczny, technik elektroradiologii oraz inny personel techniczny wykonujący procedury radiologiczne
<input type="checkbox"/>	pielęgniarka uczestnicząca w procedurach z zakresu medycyny nuklearnej
<input type="checkbox"/>	lekarz wykonujący procedury z zakresu radioterapii

**Organizator : Ośrodek Szkoleniowo Usługowy PRIORYTET 41-902 Bytom ul. Łużycka 12**

Termin szkolenia i miejsce .....

imię i nazwisko ..... pesel .....

adres.....

telefon , e-mail .....

jednostka delegująca .....

NIP .....

**Potwierdzam chęć uczestnictwa na w/w kursie**

Forma płatności za szkolenie – przelew na konto BRE SA – WBE ŁÓDŹ

Nr 18 1140 2004 0000 3102 3212 0505

**Podpis zlecającego**