

INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ
(nazwa organizatora kształcenia)

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia:

Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail):
.....

Forma kształcenia ustawicznego rozwoju zawodowego:
.....

Dane dotyczące kształcenia:

Przedmiot kształcenia:
.....

Informacje o treści kształcenia w dziedzinie medycyny:
.....
.....
.....

Imię i nazwisko kierownika naukowego kształcenia:

Czy treści kształcenia są zgodne z aktualną wiedzą medyczną i są oparte na wiarygodnych danych naukowych:

tak nie

Termin i miejsce kształcenia:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Nazwa placówki:

Ulica i nr domu / nr lokalu: Miejscowość:

Kierownik naukowy

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje	
Nauczyciel/pracownik	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Staż pracy w dydaktyce	

Wykładowca

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje	
Nauczyciel / pracownik akademicki	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Staż pracy w dydaktyce	

Wykładowca

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje	
Nauczyciel / pracownik akademicki	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Staż pracy w dydaktyce	

Wykładowca

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje	
Nauczyciel / pracownik akademicki	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Staż pracy w dydaktyce	

Pouczenie:

W przypadku większej liczby wykładowców i innych osób prowadzących nauczanie teoretyczne i zajęcia praktyczne informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu jako załączniku do niniejszego wniosku.

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Liczba godzin kształcenia w tym: wykłady warsztaty ćwiczenia

Określenie grupy lekarzy / lekarzy dentyków, do której adresowane jest kształcenie:

.....

.....

.....

Liczba uczestników kształcenia: planowana maksymalna

Planowany tryb kształcenia: stacjonarny korespondencyjny zaoczny
 dzienny wieczorowy
 jednodniowy dwudniowy cykliczny inny

Sposób informowania o kształceniu: ogłoszenie w prasie lekarskiej ogłoszenie w miejscu pracy

Internet zawiadomienie imienne inne

Czy regulamin kształcenia dopuszcza prezentowane przez sponsora treści reklamowe lub promocyjne w materiałach dydaktycznych lub w czasie trwania kształcenia:

Nie Tak: leków sprzętu medycznego innych – w jakiej formie:

Sprawdzian wiedzy nabytej – sposób sprawdzenia uczestnictwa w kształceniu i jego zakończenia – podać metodę, rodzaj udokumentowania:

.....
.....
.....

Rodzaj dokumentu potwierdzający zaliczenie kształcenia: zaświadczenie dyplom inne

Uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych z udziałem pacjenta:

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą -

Wpis do rejestru praktyk lekarskich

Numer wpisu do rejestru praktyk lekarskich - - -

Umowa najmu/podnajmu/użyczenia/dzierzawy/użytkowania praktyki lekarskiej / podmiotu wykonującego działalność leczniczą

na okres do dnia

Prawo wykonywania zawodu i specjalizacja osób prowadzących kształcenie praktyczne z udziałem pacjenta

– lista stałych wykładowców:

Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja

Wysokość opłaty za udział w kształceniu:

Wysokość opłaty za udział w kształceniu PLN

Całkowity udział finansowy uczestników PLN

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia:

Stanowisko/funkcja:

.....
(data)

.....
(podpis)

Dane dotyczące wpisu organizatora kształcenia do rejestru innej okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej:

Data

Nr wpisu

do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyków Okręgowej Rady Lekarskiej w / Naczelnej Rady Lekarskiej* (właściwej dla organizatora kształcenia)

Załączone dokumenty:

- Szczegółowy program kształcenia Wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia
- Regulamin kształcenia Dokumenty potwierdzające uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych
- Dokumenty potwierdzające kwalifikacje kierownika naukowego i wykładowców Zaświadczenie o wpisie do rejestru w przypadku, o którym mowa w art. 19c ust. 1a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

<input type="checkbox"/> Informacja zgodna z wymogami formalnymi	Uwagi / brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)
<input type="checkbox"/> Informacja niezgodna z wymogami formalnymi	
<input type="checkbox"/> Załączono wszystkie wymagane dokumenty	
	(data i podpis osoby przyjmującej wniosek w okręgowej izbie lekarskiej / Naczelnej Izbie Lekarskiej)

Opinia komisji kształcenia okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej / dyrektora ośrodka kształcenia okręgowej izby lekarskiej*:

Akceptuję złożoną informację o planowanej formie ustawicznego rozwoju zawodowego i potwierdzam wpisanie jej do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyków przez organizatora kształcenia wpisanego do rejestru Okręgowej Rady Lekarskiej w
/ Naczelnej Rady Lekarskiej*, nr wpisu.....

Nie akceptuję złożonej informacji o planowanej formie ustawicznego rozwoju zawodowego.

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis przewodniczącego komisji / dyrektora)

Wpisano informację o formie kształcenia do rejestru okręgowej rady lekarskiej

pod nr

.....
(data)

.....
(podpis pracownika)

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

*Niepotrzebne skreślić.