|  |
| --- |
| Wielkopolska Izba Lekarska  w Poznaniu    **Ewidencja Doskonalenia**  **Zawodowego**  Lekarz (lekarz dentysta):  Nr prawa wykonywania zawodu: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Forma doskonalenia zawodowego | Data uczestnictwa | Liczba punktów edukacyjnych | Sposób potwierdzenia uczestnictwa |
|  |  |  |  |