

INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ

Nazwa organizatora kształcenia

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia

Dane kontaktowe (telefon/fax/e-mail)

Forma kształcenia podyplomowego

Dane dotyczące kształcenia

Przedmiot kształcenia

Informacje

o treści kształcenia

w dziedzinie medycyny:

Imię i nazwisko kierownika naukowego kształcenia

Czy treści kształcenia zgodne są 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 naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

Wykładowca

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

Wykładowca

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

Wykładowca

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

W przypadku większej liczby wykładowców informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wniosku.

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Liczba godzin kształcenia w tym: wykłady warsztaty ćwiczenia

Określenie grupy lekarzy do której adresowane jest kształcenie

Liczba uczestników kształcenia planowana maksymalna

Planowany tryb kształcenia

<input type="checkbox"/> stacjonarny	<input type="checkbox"/> korespondencyjny	<input type="checkbox"/> zaoczny
<input type="checkbox"/> dzienny	<input type="checkbox"/> wieczorowy	
<input type="checkbox"/> jednodniowy	<input type="checkbox"/> dwudniowy	<input type="checkbox"/> cykliczny <input type="checkbox"/> inny

Sposób informowania o kształceniu

<input type="checkbox"/> ogłoszenie w prasie lekarskiej	<input type="checkbox"/> ogłoszenie w miejscu pracy
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> zawiadomienie imienne <input type="checkbox"/> inne

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

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 zakładów opieki zdrowotnej Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej -

Wpis do rejestru praktyk Numer wpisu do rejestru praktyk ---

Umowa najmu/podnajmu/użyczenia komórki organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej 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 izby lekarskiej /Naczelnej Izby Lekarskiej

Data

Nr wpisu

do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentyistów Okręgowej Izby Lekarskiej

w / Naczelnej Izby Lekarskiej (właściwej dla organizatora kształcenia)

Załączone dokumenty

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Szczegółowy program kształcenia | <input type="checkbox"/> Wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia |
| <input type="checkbox"/> Regulamin kształcenia | <input type="checkbox"/> Dokumenty potwierdzające uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych |
| <input type="checkbox"/> Dokumenty potwierdzające kwalifikacje kierownika naukowego i wykładowców | <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o wpisie do rejestru w przypadku, o którym mowa w art. 19c ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty |

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

Informacja zgodna z wymogami formalnymi

Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)

Informacja niezgodna z wymogami formalnymi

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 kształcenia podyplomowego i potwierdzam wpisanie jej do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentyistów przez organizatora kształcenia wpisanego do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej w / Naczelnej Izby Lekarskiej nr wpisu

Nie akceptuję złożonej informacji o planowanej formie kształcenia podyplomowego

Uzasadnienie:

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji/dyrektora

Wpisano informację o formie kształcenia

do rejestru okręgowej izby lekarskiej pod nr

Data

Podpis
pracownika

Uwagi