

**Wniosek o wyrażenie zgody na szkolenie przeprowadzone dla personelu medycznego  
na terenie COPERNICUS PL Sp. z o.o.**

TEMATYKA SZKOLENIA*	
nazwa organizatora	
adres e-mail/ nr telefonu przedstawiciela organizatora	
grupa personelu, dla którego org. jest szkolenie	
miejsce	Szpital im. Mikołaja Kopernika/ Szpital św. Wojciecha/ Wojewódzkie Centrum Onkologii/ Przychodnia Przyszpitalna*
data i godzina szkolenia	

\*Należy dołączyć szczegółowy program szkolenia.

.....  
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na zorganizowanie ww. szkolenia na terenie  
COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej)