

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

TEMAT SZKOLENIA*	
1. Pełna nazwa organizatora 2. Imię i nazwisko przedstawiciela	
Adres e-mail i numer telefonu przedstawiciela organizatora	
Grupa personelu, dla którego organizowane jest szkolenie	
Miejsce szkolenia	Szpital im. Mikołaja Kopernika/ Szpital św. Wojciecha/ Wojewódzkie Centrum Onkologii/ Przychodnia Przyszpitalna**
Data i godzina 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)

* Należy dołączyć szczegółowy program szkolenia.

** Niewłaściwe skreślić