

# 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  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 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

Informacja niezgodna z wymogami formalnymi

Załączono wszystkie wymagane dokumenty

**Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)**

.....  
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**