

## KARTA SZKOLEŃ

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Zakres .....

Rozpoczęcie umowy .....

Do dnia .....

Łódź, dn. ....

**Kierownik Działu Organizacji i Marketingu**

Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści.  
Powielanie oraz udostępnianie osobom trzecim bez zezwolenia  
Kierownika Pionu Organizacji i Systemów Zarządzania jest zabronione.

## KARTA SZKOLEŃ

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Zakres .....

Rozpoczęcie umowy .....

Do dnia .....

Łódź, dn. ....

**Kierownik Działu Organizacji i Marketingu**

Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści.  
Powielanie oraz udostępnianie osobom trzecim bez zezwolenia  
Kierownika Pionu Organizacji i Systemów Zarządzania jest zabronione.

	Nazwa komórki organizacyjnej	Data	Podpis
--	------------------------------	------	--------

1.	<i>Kierownik komórki organizacyjnej</i>			
2.	<i>Inspektor Ochrony Radiologicznej</i> godz. 9 <sup>00</sup> -11 <sup>00</sup> <b>budynek Onkologii</b> - <i>Kierownik Zakładu Fizyki Medycznej</i>			
3.	<i>Sekcja ds. Systemów Zarządzania</i> <b>pok. 986</b> Tel.: 59-26      godz. 8 <sup>00</sup> -9 <sup>00</sup> , 11 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>			
4.	<i>Pełnomocnik ds. Bezpieczeństwa</i> <b>pok. 986</b> wraz z wypełnionymi wnioskami o nadanie uprawnień Tel.: 59-26      godz. 7 <sup>40</sup> -8 <sup>30</sup>			
5.	<i>Sekcja ds. Kontraktowania Świadczeń Medycznych</i> <b>pok. 1116</b> godz. 8 <sup>00</sup> -15 <sup>00</sup>			
6.	<i>Dział Spraw Pracowniczych</i> <b>pok. 997</b>	<b>Data zakończenia wcześniejszej umowy</b>		
		<i>Ze stosunku pracy</i>	<i>Zlecenie/ kontrakt</i>	

	<b>Nazwa komórki organizacyjnej</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis</b>
1.	<i>Kierownik komórki organizacyjnej</i>		
2.	<i>Inspektor Ochrony Radiologicznej</i> godz. 9 <sup>00</sup> -11 <sup>00</sup> <b>budynek Onkologii</b> - <i>Kierownik Zakładu Fizyki Medycznej</i>		
3.	<i>Sekcja ds. Systemów Zarządzania</i> <b>pok. 986</b> Tel.: 59-26      godz. 8 <sup>00</sup> -9 <sup>00</sup> , 11 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>		
4.	<i>Pełnomocnik ds. Bezpieczeństwa</i> <b>pok. 986</b> wraz z wypełnionymi wnioskami o nadanie uprawnień Tel.: 59-26      godz. 7 <sup>40</sup> -8 <sup>30</sup>		
5.	<i>Sekcja ds. Kontraktowania Świadczeń Medycznych</i> <b>pok. 1116</b> godz. 8 <sup>00</sup> -15 <sup>00</sup>		
6.	<i>Dział Spraw Pracowniczych</i> <b>pok. 997</b>	<b>Data zakończenia wcześniejszej umowy</b>	
		<i>Ze stosunku pracy</i>	<i>Zlecenie/ kontrakt</i>