

**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.

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

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