

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