

KARTA SZKOLEŃ

Imię i nazwisko PESEL

Nazwa komórki organizacyjnej

Zakres – *usługa lekarska*.....

Rozpoczęcie umowy

Do dnia

Łódź, dn.

.....
Kierownik Działu Organizacyjno - Prawnego

Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści.

KARTA SZKOLEŃ

Imię i nazwisko PESEL

Nazwa komórki organizacyjnej

Zakres – *usługa lekarska*.....

Rozpoczęcie umowy

Do dnia

Łódź, dn.

.....
Kierownik Działu Organizacyjno - Prawnego

Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści.

	Nazwa komórki organizacyjnej		Data	Podpis
1.	Kierownik Działu Spraw Pracowniczych pok. 995	Data zakończenia wcześniejszej umowy		
		Ze stosunku pracy	Zlecenie/kontrakt	
2.	Kierownik komórki organizacyjnej			
3.	Sekcja ds. Kontraktowania Świadczeń Medycznych pok. 1 godz. 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰			
4.	Inspektor Ochrony Radiologicznej budynek Onkologii - Kierownik Zakładu Fizyki Medycznej godz. 10 ⁰⁰ -12 ⁰⁰			

POTWIERDZENIE SZKOLEŃ WEWNĘTRZNYCH

	Nazwa komórki organizacyjnej	Data	Pieczętka i podpis	Podpis pracownika
pok. 986 godz. 8 ⁰⁰ -9 ⁰⁰ , 11 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	Zespół ds. Systemów Zarządzania			
	Pełnomocnik ds. Bezpieczeństwa wraz z wypełnionymi wnioskami o nadanie uprawnień			

	Nazwa komórki organizacyjnej		Data	Podpis
1.	Kierownik Działu Spraw Pracowniczych pok. 995	Data zakończenia wcześniejszej umowy		
		Ze stosunku pracy	Zlecenie/kontrakt	
2.	Kierownik komórki organizacyjnej			
3.	Sekcja ds. Kontraktowania Świadczeń Medycznych pok. 1 godz. 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰			
4.	Inspektor Ochrony Radiologicznej budynek Onkologii - Kierownik Zakładu Fizyki Medycznej godz. 10 ⁰⁰ -12 ⁰⁰			

POTWIERDZENIE SZKOLEŃ WEWNĘTRZNYCH

	Nazwa komórki organizacyjnej	Data	Pieczętka i podpis	Podpis pracownika
pok. 986 godz. 8 ⁰⁰ -9 ⁰⁰ , 11 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	Zespół ds. Systemów Zarządzania			
	Pełnomocnik ds. Bezpieczeństwa wraz z wypełnionymi wnioskami o nadanie uprawnień			