

CZĘŚĆ B**DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO KSZTAŁCENIA
(dotyczy każdej formy doskonalenia zawodowego)**Nr dokumentu/
wpisu do rejestruData przyjęcia
dokumentu**DANE DOTYCZĄCE FORMY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

Nazwa organizatora

Adres siedziby organizatora

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

[][]-[][][][]

Miejscowość

Telefon

Faks

e-mail

Forma doskonalenia zawodowego

Dane dotyczące kształcenia**Temat kształcenia**Słowa kluczowe
informujące o treści kształcenia
w dziedzinie medycyny:

1. 4.

2. 5.

3. 6.

Czy treści kształcenia zgodne są z aktualną wiedzą medyczną i są oparte na wiarygodnych danych naukowych (na zasadach E.B.M.)

Tak ☐Nie ☐**Termin i miejsce kształcenia**

Data rozpoczęcia Data zakończenia

Nazwa placówki

Ulica i nr domu/nr lokalu

Miejscowość

Rzeczywista liczba godzin kształcenia ☐ w tym: wykłady ☐ warsztaty ☐ ćwiczenia ☐**Imię i nazwisko kierownika naukowego kształcenia**

Imię i nazwisko wykładowcy	Tytuł naukowy	podstawowe miejsca pracy	specjalizacje

Określenie grupy lekarzy do której adresowane jest kształcenieLiczba uczestników kształcenia planowana ☐ maksymalna ☐

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

Kryteria rekrutacji w przypadku większej liczby zgłoszeń

Sprawdzian wiedzy nabytej

☐ Nie

☐ Tak

Sposób sprawdzenia uczestnictwa w szkoleniu i jego zakończenia – podać metodę

Rodzaj dokumentu potwierdzający zaliczenie kształcenia

☐ zaświadczenie

☐ dyplom

☐ inne

Finansowanie kształcenia

Planowane finansowanie: udział własny uczestników % środki publiczne % sponsorowane %

w tym

koszty:

☐ dydaktyczne

☐ posiłki

☐ zakwaterowanie

☐ materiały dydaktyczne

☐ inne

Całkowity udział finansowy uczestnika PLN

Czy organizator dopuszcza treści reklamowe/promocyjne w materiałach dydaktycznych lub w czasie trwania kształcenia

☐ Nie

☐ Tak:

☐ leków

☐ sprzętu medycznego

☐ innych

W jakiej formie

Załączone dokumenty

☐ Szczegółowy program

☐ Regulamin kształcenia

☐ Wzór zaświadczenia potwierdzającego ukończenie kształcenia

☐ Potwierdzenie uprawnienia do udzielania świadczeń (szkolenie praktyczne) jeżeli organizator nie posiada uprawnień objętych ramowym programem (część A)

Forma doskonalenia wpisana do rejestru podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy/lekarzy dentystów na podstawie uchwały nr Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia w sprawie akceptacji programu doskonalenia zawodowego przyjętego przez towarzystwo naukowe*/kolegium specjalistów

ADNOTACJE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WYMOGÓW PROWADZENIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Komisja ds. kształcenia/ośrodek doskonalenia zawodowego stwierdza że:

- ☐ Wniosek zgodny z wymogami formalnymi
☐ Wniosek niezgodny z wymogami formalnymi
☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)

Opinia zespołu eksperckiego:

Data

Podpis
przew.
zespołu

Opinia komisji kształcenia/komisji stomatologicznej/dyrektora ośrodka:

☐ Wnioskuje o wpis do rejestru

☐ Wnioskuje o odmowę wpisu do rejestru

Uzasadnienie:

Data

Podpis przew.
komisji/
dyrektora

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały

z dnia

☐ forma doskonalenia została wpisana do rejestru podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy lub lekarzy dentystów na podst. uchwały Nr 104/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 11 lutego 2005 r.

wpisano formę do rejestru ORL

pod nr

wydano zaświadczenie o wpisie do rejestru

numer

☐ nie został wpisany do rejestru ORL (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis