**Zgłoszenie seminarium**

zgodnie § 8 rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznychz dnia 2 października 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 1884)

1. **Termin**: ……………………………………………………………………………………………
2. **Miejsce (adres)**:…………………………………………………………………............................

………………………………………………………………………………………………………

1. **Czas trwania od (gg:mm) do (gg:mm):** od …… : …… do …… : ……
2. **Wykładowcy (imię i nazwisko) oraz zakres tematyczny:**
3. …………………………………………………………………………………………………..
4. …………………………………………………………………………………………………..
5. …………………………………………………………………………………………………..
6. …………………………………………………………………………………………………..
7. **Temat seminarium zgodnie z program nauczania (w załączeniu)**: ……………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

*Data i podpis Organizatora Seminarium*

**WYPEŁNIA KONSULTANT WOJEWÓDZKI W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ WŁAŚCIWY ZE WZGLĘDU NA SIEDZIBĘ ORGANIZATORA.**

1. Program nauczania w załączeniu: TAK / NIE
2. Liczba przyznanych punktów\*\*: ………………

Zgodnie z przedstawionym w dniu ……………………………………. zgłoszeniem organizacji seminarium, zatwierdzam / nie zatwierdzam\* załączony do zgłoszenia programem nauczania opracowany przez organizatora kształcenia: ……………………………………………………….…………………................ ………………………………………………………………………………………………………...  
Jednocześnie, organizator jest zobowiązany powiadomić właściwego wojewodę o zorganizowaniu seminarium na jego obszarze, nie później niż 7 dni przed jego rozpoczęciem.

*data i podpis Konsultanta*

\* niewłaściwe skreślić

\*\* Seminarium trwa nie krócej niż 5 godzin dydaktycznych, przy czym 1 godzina zajęć trwa 45 minut.