

**WNIOSEK O AKTUALIZACJĘ WPISU NA LISTĘ PODMIOTÓW  
UPRAWNIONYCH DO PROWADZENIA KURSU DOSKONALĄCEGO  
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH**

Nr wpisu na listę .....

<b>WYPEŁNIA CENTRUM MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPŁOMOWEGO</b>	
Data wpływu wniosku / data po uzupełnieniu:	
Zweryfikowano pod względem formalnym	Data:
Wezwano do uzupełnienia braków formalnych	Data:

**CZĘŚĆ I. DANE PODMIOTU UPRAWNIONEGO DO PROWADZENIA KURSU  
DOSKONALĄCEGO**

**1) Podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego:**

Nazwa (firma): .....

Adres: .....

Numer telefonu: .....

E-mail: .....

Data wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego oraz  
okres jego obowiązywania: .....

**2) Osoba będąca przedstawicielem podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu  
doskonalącego**

Imię (imiona) i nazwisko:

.....

## **CZĘŚĆ II. INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTUALIZACJI WPISU**

### **1) Rodzaj kursu doskonalącego:**

.....

### **2) Zakres aktualizacji wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego:**

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

5 .....

### **3) Kopia dokumentów potwierdzających spełnienie nowych wymagań dotyczących programu kursu doskonalącego lub warunków jego realizacji lub kopia dokumentów potwierdzających zmianę w przypadku aktualizacji danych podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego:**

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

.....

data

.....

podpis osoby reprezentującej podmiot uprawniony  
do prowadzenia kursu doskonalącego