

.....
(miejsowość, data)

Dotyczy **REKRUTACJA NA STANOWISKO Lekarza ze specjalizacją Alergologia**, w ramach Programu Zdrowie NMF 2014-2021 - Dofinansowanie projektu pilotażowego na przetestowanie modeli telemedycznych opracowanych w ramach predefiniowanego projektu dotyczącego polityki w zakresie telemedycyny i e-zdrowia - choroby przewlekłe POChP", dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 i budżetu państwa.

1. Dane osobowe

Imię (imiona), nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon	
Email	
Nr Prawa Wykonywania Zawodu	

2. Wykształcenie studia wyższe medyczne

Daty skrajne okresów nauki	Nazwa szkoły/uczelni/kierunek/tytuł zawodowy/naukowy

3. Specjalizacja

Data uzyskania tytułu specjalisty	Specjalizacja
	Alergologia

4. Doświadczenie zawodowe w leczeniu chorych na POChP w oddziale szpitalnym realizującym kontrakt z zakresu chorób płuc.

Daty skrajne okresów pracy	Nazwa jednostki / placówki medycznej

4. Inne umiejętności - np. obsługa komputera

Umiejętność	Stopień zaawansowania / wykorzystania

.....
Czytelny podpis Wykonawcy
lub
pieczętka i podpis
lub
podpis elektroniczny