Zgłoszenie uczestnictwa w szkoleniu:

*OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA*

**Materiały szkoleniowe zostaną dostarczone mailowo**

**Egzamin odbędzie się w Biomedix Zabrze ul. Nowa 28**

**Data egzaminu: 14.06.2024 o godz. 11.00 (termin może ulec zmianie przy niedostatecznej ilości uczestników)**

## Dane uczestnika:

**1. Nazwisko i imię:** ……

**2. Nr PESEL** ……

**3. Wykonywany zawód (symbol specjalizacji *):** ……

. ……

**( data i podpis uczestnika )**

## Dane jednostki zgłaszającej do wystawienia faktury:

**Nazwa zakładu pracy:**

……

……

**Adres zakładu pracy:** ……

**NIP:** …… **Telefon kontaktowy:** ……

……..

**( data, podpis i pieczęć )**

**Uprzejmie prosimy o wypełnienie zgłoszenia i wysłanie wraz z potwierdzeniem wpłaty opłaty rejestracyjnej mailem do dnia 13 06 2024 :**

- **mail szkolenia@biomedix.pl**

***specjalizacje:**

**LST – lekarze dentyści wykonujący medyczne procedury radiologiczne i personel obsługujący aparaty do densytometrii kości**
**FT – fizycy medyczni, technicy elektroradiologii oraz inny personel techniczny wykonujący procedury radiologiczne**
**ZLR – lekarze radiolodzy**
**LMN – lekarze wykonujący procedury z zakresu medycyny nuklearnej**
**LRZ – lekarze wykonujący procedury z zakresu radiologii zabiegowej**
**LIX – lekarze wykonujący inne medyczne procedury radiologiczne z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego**
**PMN – pielęgniarki uczestniczące w procedurach z zakresu medycyny nuklearnej**
**LRT – lekarze wykonujący procedury z zakresu radioterapii**