

WZÓR

KRAJOWE CENTRUM MONITOROWANIA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Nr ..... / ..... r.  
(numer zaświadczenia)

.....  
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego

Zaświadcza się, że:

Pan(i) .....  
(imię i nazwisko, numer PESEL)

odbył(a) w dniach: od ..... do .....  
(dzień/miesiąc/rok) (dzień/miesiąc/rok)

kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego w Krajowym  
Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego

i zdał(a) egzamin przed Komisją Egzaminacyjną z wynikiem pozytywnym.

.....  
(elektroniczne podpisy członków Komisji Egzaminacyjnej)