

WZÓR

KRAJOWE CENTRUM MONITOROWANIA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Nr / r.
(numer zaświadczenia)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

o ukończeniu kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, odbywanego w ramach
rozwoju zawodowego 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 doskonalący dla dyspozytora medycznego, odbywany w ramach rozwoju
zawodowego dyspozytora medycznego, w Krajowym Centrum Monitorowania
Ratownictwa Medycznego

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

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