Załącznik nr 5 do SWKO

ANKIETA DOTYCZĄCA DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO

Nazwisko i Imię ………………………………………………………………………………………...

PESEL……………………………………………………………………………………………………

Staż pracy w ZRM w zawodzie medycznym (nazwa podmiotu, stanowisko, lata)

………………………....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…................................................................................................................................................................

…................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

data:.................................. podpis czytelny:...............................................