Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
ul. Konopacka 4, 03-428 Warszawa
Tel.: +48 22 741 21 55
E-mail: biuro@kidl.org.pl

# KARTA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

**NR** 12345 / X

# DANE DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Imię (imiona) i nazwisko | JAN KOWALSKI |
| 2. | Numer Prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego | 12345 |
| 3. | Adres do korespondencji | PROSTA 1, 00-000 WARSZAWA |
| 4. | Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (jeżeli posiada) | ADRES@MAIL.COM TEL. 123 456 678; +48 123 123 1234 |
| 5, | Data rozpoczęcia ustawicznego rozwoju zawodowego | 01/01/2024 |

# PRZEBIEG DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

| Lp. | Forma ustawicznego rozwoju zawodowego | Nazwa i adres organizatora szkolenia* | Liczba godzin/dni* | Forma zaliczenia* | Liczba punktów edukacyjnych | Data i podpis diagnosty laboratoryjnego |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Konferencja ... | Dokładny adres | 8 h | Wpisz rodzaj zaliczenia | 15 | Podpis |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# PRZEBIEG DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

| Lp. | Forma ustawicznego rozwoju zawodowego | Nazwa i adres organizatora szkolenia* | Liczba godzin/dni* | Forma zaliczenia* | Liczba punktów edukacyjnych | Data i podpis diagnosty laboratoryjnego |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# PRZEBIEG DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

| Lp. | Forma ustawicznego rozwoju zawodowego | Nazwa i adres organizatora szkolenia* | Liczba godzin/dni* | Forma zaliczenia* | Liczba punktów edukacyjnych | Data i podpis diagnosty laboratoryjnego |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**DOPEŁNIENIE OBOWIĄZKU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

Pani/Pan

# JAN KOWALSKI

dopełniła/dopełnił obowiązku doskonalenia zawodowego
w czasie 5-letniego okresu rozliczeniowego w terminie:

od 01/01/2024 do 31/12/2029

co stwierdza się na podstawie dokumentów poświadczających
dopełnienie tego obowiązku.

_____

podpis Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych