Załącznik nr 2

**Zgłoszenie na szkolenie lekarzy odpowiedzialnych za gospodarkę krwią**

**w podmiotach leczniczych, termin 09 maja 2017r.**

**Nazwa i adres podmiotu leczniczego zgłaszającego:** ………………………………………

**Imię, nazwisko lekarza zgłaszanego na szkolenie** ………………………………………….