Pieczęć nagłówkowa

podmiotu leczniczego

Białystok, dnia

**Sz. P. prof. dr hab. n. med. Piotr Marek Radziwon**

**Dyrektor Regionalnego Centrum**

**Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa**

**w Białymstoku**

**ul. M. Skłodowskiej-Curie 23**

**15-950 Białystok**

 Uprzejmie proszę o przyjęcie na szkolenie z zakresu transfuzjologii klinicznej oraz bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki
i leczenia HCV lekarzy stażystów zatrudnionych w ………………………………. (nazwa podmiotu leczniczego) od …………….. do ……………. (wpisać daty).

Imienna lista

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko lekarza stażysty | adres e-mail |
|  |  |  |

Pieczęć i podpis