

**INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA (ZDARZENIA EDUKACYJNEGO)
OBJĘTEGO PROGRAMEM DOSKONALENIA ZAWODOWEGO TOWARZYSTWA/KOLEGIUM SPECJALISTÓW**

.....

CZĘŚĆ B

DANE DOTYCZĄCE FORMY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO – WYPEŁNIA TOWARZYSTWO/KOLEGIUM

Nazwa organizatora
Forma kontaktu

Forma doskonalenia zawodowego (kształcenia)

Dane dotyczące kształcenia (szkolenia)

Temat kształcenia
Informacje o treści kształcenia w dziedzinie medycyny:
Czy treści kształcenia zgodne są z aktualną wiedzą medyczną i są oparte na wiarygodnych danych naukowych (na zasadach E.B.M.) Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Termin i miejsce kształcenia (szkolenia)	
Data rozpoczęcia Data zakończenia	
Nazwa placówki	
Ulica i nr domu/nr lokalu	Miejscowość

<p>Kierownik naukowy</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 70%;">Imię i nazwisko</td><td></td></tr><tr><td>Tytuł naukowy</td><td></td></tr><tr><td>Specjalizacje</td><td></td></tr><tr><td>Wykładowca akademicki</td><td>tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Jeżeli TAK to jaki staż pracy</td><td></td></tr></table>	Imię i nazwisko		Tytuł naukowy		Specjalizacje		Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK to jaki staż pracy		<p>Wykładowca</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 70%;">Imię i nazwisko</td><td></td></tr><tr><td>Tytuł naukowy</td><td></td></tr><tr><td>Specjalizacje</td><td></td></tr><tr><td>Wykładowca akademicki</td><td>tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Jeżeli TAK to jaki staż pracy</td><td></td></tr></table>	Imię i nazwisko		Tytuł naukowy		Specjalizacje		Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK to jaki staż pracy	
Imię i nazwisko																					
Tytuł naukowy																					
Specjalizacje																					
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>																				
Jeżeli TAK to jaki staż pracy																					
Imię i nazwisko																					
Tytuł naukowy																					
Specjalizacje																					
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>																				
Jeżeli TAK to jaki staż pracy																					
<p>Wykładowca</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 70%;">Imię i nazwisko</td><td></td></tr><tr><td>Tytuł naukowy</td><td></td></tr><tr><td>Specjalizacje</td><td></td></tr><tr><td>Wykładowca akademicki</td><td>tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Jeżeli TAK to jaki staż pracy</td><td></td></tr></table>	Imię i nazwisko		Tytuł naukowy		Specjalizacje		Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK to jaki staż pracy		<p>Wykładowca</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 70%;">Imię i nazwisko</td><td></td></tr><tr><td>Tytuł naukowy</td><td></td></tr><tr><td>Specjalizacje</td><td></td></tr><tr><td>Wykładowca akademicki</td><td>tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Jeżeli TAK to jaki staż pracy</td><td></td></tr></table>	Imię i nazwisko		Tytuł naukowy		Specjalizacje		Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK to jaki staż pracy	
Imię i nazwisko																					
Tytuł naukowy																					
Specjalizacje																					
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>																				
Jeżeli TAK to jaki staż pracy																					
Imię i nazwisko																					
Tytuł naukowy																					
Specjalizacje																					
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>																				
Jeżeli TAK to jaki staż pracy																					

W przypadku większej liczby wykładowców informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wniosku.

Liczba godzin kształcenia (szkolenia) w tym: wykłady warsztaty ćwiczenia

Punktacja zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia Tak Nie podać zasady

Określenie grupy lekarzy do której adresowane jest kształcenie (szkolenia)

Liczba uczestników kształcenia (szkolenia) planowana maksymalna

Planowany tryb kształcenia (szkolenia) stacjonarny korespondencyjny zaoczny
 dzienny wieczorowy
 jednodniowy dwudniowy cykliczny inny

Sposób informowania o kształceniu (szkolenia) ogłoszenie w prasie lekarskiej ogłoszenie w miejscu pracy
 Internet zawiadomienie imienne inne

Sprawdzian wiedzy nabytej Nie Tak

Sposób sprawdzenia uczestnictwa w szkoleniu i jego zakończenia – podać metodę

Rodzaj dokumentu potwierdzający zaliczenie kształcenia zaświadczenie dyplom inne

Uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych z udziałem pacjenta

Wpis do rejestru zoz Numer wpisu do rejestru zoz -

Wpis do rejestru praktyk Numer wpisu do rejestru praktyk ----

Umowa najmu/podnajmu/użyczenia komórki organizacyjnej zoz na okres do dnia

Prawo wykonywania zawodu i specjalizacja osób prowadzących kształcenie praktyczne z udziałem pacjenta – lista stałych wykładowców

Imię i nazwisko	Numer PWZ	specjalizacja

Finansowanie kształcenia

Planowane finansowanie: udział własny uczestników % udział własny organizatora %
środki publiczne % sponsorowane %

Czy organizator dopuszcza treści reklamowe/promocyjne w materiałach dydaktycznych lub w czasie trwania kształcenia

Nie Tak: leków sprzętu medycznego innych

W jakiej formie

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Zgłoszenie informacji dotyczącej organizowanej formy kształcenia objętej planem (programem) kształcenia organizatora kształcenia

Numer wpisu

--	--	--	--	--	--	--	--

do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentyistów Okręgowej Izby Lekarskiej

w (właściwej dla organizatora kształcenia)

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Telefon/e-mail

Data

--

Podpis

--

Załączone dokumenty

Szczegółowy program

Regulamin kształcenia

Wzór zaświadczenia potwierdzającego ukończenie kształcenia

Potwierdzenie uprawnienia do udzielania świadczeń (szkolenie praktyczne – z udziałem pacjenta) jeżeli organizator nie posiada uprawnień objętych planem kształcenia

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

Informacja zgodna z wymogami formalnymi

Informacja niezgodna z wymogami formalnymi

Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)

.....
data i podpis osoby przyjmującej informację w OIL

Opinia komisji kształcenia/dyrektora ośrodka:

Akceptuję złożoną informację o planowanej formie kształcenia (doskonalenia zawodowego) i potwierdzam wpisanie jej do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentyistów przez organizatora kształcenia wpisanego do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej

w nr wpisu

--	--	--	--	--	--	--	--

Nieakceptuję złożonej informacji o planowanej formie kształcenia (doskonalenia zawodowego)

Uzasadnienie:

Data

--

Podpis przew.
komisji/
dyrektora

--

Wpisano formę kształcenia (doskonalenia zawodowego)

do rejestru ORL pod nr

--	--	--	--	--	--	--	--

Data

--

Podpis
pracownika

--

Uwagi