PRÍLOHA Č. 4

POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ VZDELÁVACEJ AKTIVITY

SLOVENSKÁ KOMORA ORTOPEDICKÝCH TECHNIKOV

POTVRDENIE

Týmto potvrdzujeme, že

Meno a priezvisko: .....

registračné číslo: .....

absolvoval/a vzdelávaciu aktivitu:

Názov: .....

Dátum: .....

Miesto / forma: .....

Organizátor: .....

Odborný rozsah: .....

Počet priznaných kreditov: .....

Potvrdenie sa vydáva na účely evidencie sústavného vzdelávania zdravotníckeho pracovníka.

V ..... dňa .....

.....

meno a podpis oprávnenej osoby