

# Ośrodek Kształcenia Zawodowego



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

## ELEKTRODIAGNOSTYKA KLASYCZNA

Imię:		Nazwisko:	
Adres:			
Telefony:		e-mail:	
Miejsce pracy:			
Wykształcenie wyższe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		TAK*	NIE*
Kierunek i rok ukończenia studiów: .....			
Uzyskany dyplom ?*:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Licencjata	Magistra
Czy w swojej praktyce klinicznej używa Pani/Pan elektrostymulatora do elektroterapii z opcją do badań reobazy, chronaksji, krzywej i/t ?*:		Czy wykonuje Pani/Pan u pacjenta takie badania ?*:	
TAK* <input type="checkbox"/>		TAK* <input type="checkbox"/>	
NIE* <input type="checkbox"/>		NIE* <input type="checkbox"/>	
Proszę podać nazwę aparatu: .....		Jak często w roku ?* .....	
Czy w czasie studiów nauczyła (czył) się Pani/Pan wykonywania w praktyce, <u>u człowieka</u> , badań reobazy, chronaksji, krzywej i/t ?*			
TAK* <input type="checkbox"/>		NIE* <input type="checkbox"/>	
Uwaga. Celem zajęć warsztatowych jest nabycie przez uczestnika kursu umiejętności samodzielnego wykonywania u pacjentów badań reobazy, chronaksji, krzywej i/t. W związku z tym uczestnicy ćwiczą wykonywania tych procedur diagnostycznych na sobie, to znaczy – jedna osoba na drugiej.			
Czy skorzysta Pani/Pan z proponowanego przez nas zakwaterowania ?*:			
TAK* <input type="checkbox"/>		NIE* <input type="checkbox"/>	
NIE oznacza nocleg we własnym zakresie.			
Imię i nazwisko zgłaszającego:		Data:	Podpis:
.....		.....	.....
Zgłoszenie przyjął kierownik kursu		Data:	Podpis:
.....		.....	.....

\* wpisać „X” w odpowiednie pole. Dane osobowe przetwarzane wyłącznie dla celów DEHAG extra s.c., nie będą udostępniane firmom ani osobom trzecim, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych.