

Załącznik nr 18 Minimalny zakres opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny objętej szkoleniem



KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE:

Imię i nazwisko:

Miejsce pracy:

Dane kontaktowe:

Nazwa szkolenia:

Podmiot realizujący szkolenie:

Miejsce realizacji szkolenia:

Dane kontaktowe:

Treść opinii konsultanta

Data i miejscowość

Podpis i pieczęć konsultanta