PLANUL DE FORMARE PROFESIONALĂ CONTINUĂ A MEDICILOR ȘI FARMACIȘTILOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*denumirea instituției*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*adresa poștală completă a instituției, inclusiv codul poștal*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*date de contact a instituției: telefon, e-mail*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numele, Prenumele  medicului/  farmacistului | Instituția de învățământ absolvită, facultatea,  seria și nr. diplomei | Studiile de rezidențiat, seria și nr. diplomei | Specialitatea și funcția | Denumirea  cursului  solicitat | Perioada desfășurării cursului solicitat | Număr telefon și adresa de e-mail a medicului/  farmacistului |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Medic șef/Director instituției \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nume Prenume

Șef direcție/departament resurse umane \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nume Prenume

L.Ș