



Polskie Stowarzyszenie Rozwoju Sterylizacji i Dezynfekcji Medycznej

ANKIETA UZUPEŁNIAJĄCA Członkowie Zwyczajni PSRSiDM

*prosimy o wypełnienie ankiety DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia/.....

Adres zamieszkania / kontakt

ul. Kod Miejscowość

Tel. stacjonarny Tel. komórkowy

e-mail prywatny

Pełna nazwa i adres Zakładu Pracy

Nazwa

ul. Kod Miejscowość

Tel. służbowy Tel. komórkowy

e-mail służbowy

Stanowisko / Funkcja/.....

Podległość służbowa

Wykształcenie średnie - Ukończona szkoła

Profil

Wykształcenie wyższe - Ukończona uczelnia

.....

Tytuł naukowy..... Kierunek studiów

Dodatkowe kursy i specjalizacje

.....

.....

.....

data, podpis