

Creditarea valabilă până la data de _____

Semnătura reprezentantului CNEPC

CERERE DE CREDITARE A CURSURILOR DE EMC

Nr. ____/_____

Aviz
președinte filială
Semnătura, ștampila

CĂTRE,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA
Comisia Nationala de Educatie Profesională Continua

I. INFORMAȚII GENERALE:

1. Informații organizatori:

A. Filiala organizatoare:

.....

B. Coordonator desemnat de conducerea filialei:

Nume.....Prenume.....Titlul profesional/știintific.....

Telefon.....Fax.....Email.....

2. Furnizorul de formare EMC :

A. Persoana juridică:

Telefon.....Fax.....Email.....

Acreditare/reactitudine (nr./data acreditării/reactitudării din registrul furnizorilor EMC).....

Lector/formator acreditat al pers. juridice:

Nume.....Prenume.....Titlul profesional/stiintific.....

Locul de muncă.....

Telefon.....Fax.....Email.....

Acreditare/reactitudine (nr./data acreditării/reactitudării din registrul furnizorilor EMC).....

B. Persoana fizică:

Nume.....Prenume.....Titlu.....

Locul de muncă.....

Telefon.....Fax.....Email.....

Acreditare/reactitudine (nr./data acreditării/reactitudării din registrul furnizorilor EMC).....]

3. Coorganizatori sau parteneri:

.....
.....
.....

II. DATE DESPRE CURS:

A. TEMA CURSULUI.....

Loc de desfășurare:.....

Grup țintă:.....

Numărul estimat de participanți/serie

Perioada de desfasurare.....

