

**Zgłoszenie kandydata  
na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych**

Oznaczenie zgłaszającego:

**Informacje dotyczące kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania  
o Zdarzeniach Medycznych w Lublinie**

1. Imię i nazwisko kandydata:

2. Wykształcenie:

3. Staż pracy ( w latach i miesiącach):

6. Numer telefonu kandydata:

7. Adres zamieszkania kandydata:

8. Adres do korespondencji kandydata:

9. Nazwa i adres pracodawcy kandydata

**Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu osoby zgłaszającej**