MAZOWIECKI
URZĄD WOJEWÓDZKI
W WARSZAWIE

INSTRUKCJA SAMODZIELNEGO WYPEŁNIENIA KARTY ROZWOJU ZAWODOWEGO OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD MEDYCZNY

dotyczy województwa mazowieckiego

Numer karty:	**w oznaczonym kropkami miejscu należy wpisać indywidualny identyfikator wpisu (10 cyfrowy)**
Imię (imiona) i nazwisko:	**w oznaczonym kropkami miejscu należy wpisać imię/imiona i nazwisko**
Data urodzenia:	**w oznaczonym kropkami miejscu należy wpisać datę urodzenia**
Indywidualny identyfikator wpisu:	**w oznaczonym kropkami miejscu należy wpisać indywidualny identyfikator wpisu (10 cyfrowy)**
Nazwa i miejsce wykonywania zawodu medycznego:	**w oznaczonym kropkami miejscu należy wpisać miejsce wykonywania zawodu medycznego lub pieczęć pracodawcy**