**…………………………. ………………………….**

................................, dnia …...............…. r.

(miejscowość)

**...........................................................**

**(nazwa jednostki organizacyjnej) (miejscowość i data)**

**WYKAZ IMIENNY[[1]](#footnote-1)**

**żołnierzy zawodowych - kandydatów na studia podyplomowe (niestacjonarne):**

**„Zarządzanie i kierowanie podmiotem leczniczym resortu ON” – kod 1010003**

**……………………………………………………….………………..………………**

**………………………………………………………**

**(nazwa kursu, kod)**

**w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym w terminie od listopada 2023 r. do czerwca 2024 r. – edycja VIII**

16-20.04.2012 r. CSWLąd Poznań ul. Bukowska 34

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**(miejsce realizacji, termin)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Stopień wojskowy, nazwisko imiona, imię ojca, numer PESEL | Wykształcenie - rok ukończenia, poziom znajomości języka obcego wg STANAG 6001  i rok, specjalizacje medyczne - rok ukończenia | Nazwa stanowiska (NIS),  specjalność wojskowa (SW),  nazwa jednostki wojskowej | Kierunek rozwoju zawodowego | Uwagi:  Uzasadnienie potrzeby szkoleniowej  Tel. kontaktowy, adres poczty elektronicznej |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Wykonawca: ……………….

numer telefonu: …………………..

.

**DOWÓDCA/DYREKTOR/SZEF**

**…………………………………….**

**(podpis, pieczęć)**

1. Zasady i tryb kierowania żołnierzy zawodowych na naukę określono w rozporządzeniu Ministra Obrony Narodowej z dnia 19 maja 2023 r. *w sprawie nauki żołnierzy zawodowych* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1092).   
    [↑](#footnote-ref-1)