

(nazwa jednostki organizacyjnej)

....., dnia
(miejsowość)

WYKAZ IMIENNY¹
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 2024 r. do czerwca 2025 r. – edycja IX

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
1.					
2.					

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 7 marca 2024 r. w sprawie nauki żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 360).