

**Zgłoszenie kandydata
na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych
przez organizacje społeczne działające na rzecz praw pacjenta
na terenie województwa lubuskiego**

*pieczęć organizacji społecznej
zgłaszającej kandydata*

.....
miejsowość, data

**I. Informacje dotyczące organizacji społecznej zgłaszającej kandydata na członka
Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych**

1. Pełna nazwa organizacji:

.....

2. Status prawny:.....

3. Siedziba:

Ulica:

Nr ulicy: Nr lok.:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Tel.: Faks:

E-mail: strona www:

4. NIP: 5. REGON:

6. KRS:

7. Organizacja działa na terenie województwa lubuskiego na rzecz praw pacjenta
w następujący sposób:.....

.....

.....

.....

.....

II. Informacje dotyczące kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

1. Imię i nazwisko kandydata:

2. Adres zamieszkania kandydata:

3. Adres do korespondencji:

4. Tel.: E-mail:

5. Miejsce pracy kandydata:

a. Nazwa podmiotu:

b. Adres:

c. Tel: Faks:

d. Stanowisko pracy kandydata:

e. Zawód wyuczony:

f. Zawód wykonywany:

III. Uzasadnienie zgłoszenia kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (w tym również informacje na temat wiedzy kandydata w zakresie praw pacjenta)

.....

.....

.....

.....

.....

*podpisy, pieczęci
osób statutowo uprawnionych
do reprezentowania organizacji społecznej*