

**Zgłoszenie kandydata  
na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych  
przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, diagnostów  
laboratoryjnych, adwokatury oraz radców prawnych, mające siedzibę  
na terenie województwa lubuskiego**

*pieczęć samorządu zawodowego  
zgłaszającego kandydata*

.....  
*miejsowość, data*

**I. Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych**

1. Pełna nazwa podmiotu:

.....

2. Status prawny:.....

3. Siedziba:

Ulica: .....

Nr ulicy: ..... Nr lok.: .....

Kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....

Tel.: ..... Faks: .....

E-mail: ..... strona www: .....

4. NIP: ..... 5. REGON: .....

**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 samorządu zawodowego*