

## Ankieta Osobowa

Imię Nazwisko .....

Adres .....

.....

Tel, e-mail .....

.....

Miejsce pracy ( nazwa, adres, e-mail, tel. ) .....

.....

.....

.....

Tytuł/stopień naukowy  prof. dr hab.

dr hab.

dr

mgr/lekarz

inne .....

Dyscyplina i dziedzina naukowa .....

Tytuł zawodowy  lekarz

farmaceuta

inny .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacje  specjalista farmakologii klinicznej

specjalista kardiologii

specjalista neurologii

specjalista chorób wewnętrznych

specjalista chorób dzieci

specjalista anestezjologii

specjalista farmacji klinicznej

specjalista farmacji szpitalnej

inne, jakie? .....

.....

Data, miejsce i podpis