

**Zgłoszenie kandydata  
na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych  
przez samorządy zawodowe adwokatury oraz radców prawnych, mających siedzibę  
na terenie województwa lubuskiego**

.....  
(pieczęć podmiotu zgłaszającego kandydata)

.....  
(miejsowość, data)

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

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: .....

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 w Gorzowie Wlkp.**

1. Imię i nazwisko .....

2. Adres zamieszkania .....
3. Adres do korespondencji: .....
4. Tel.: ..... E-mail: .....
5. **Miejsce pracy:**
- a) Nazwa podmiotu: .....
- b) Adres: .....
- c) el.:..... faks: .....
- d) Stanowisko pracy kandydata:.....
- e) Zawód wyuczony:.....
- f) Zawód wykonywany.....

**III. Uzasadnienie zgłoszenia kandydata** (w tym, informacje na temat wiedzy i doświadczenia kandydata w zakresie działalności na rzecz praw pacjenta)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*podpis, pieczęć  
osoby statutowo uprawnionej  
do reprezentowania podmiotu*