

EWIDENCJA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Lekarz / lekarz stomatolog

Nr prawa wykonywania zawodu

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Data uczestnictwa	Liczba punktów edukacyjnych	Sposób potwierdzenia uczestnictwa
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				

19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				