

## WYKAZ WYMAGAŃ WOBEC MERYTORYCZNYCH OPIEKUNÓW SZKOLENIA PRAKTYCZNEGO

### 1. Oddział / Dział .....

Wymaganie:

- .....
- .....
- .....

### 2. Oddział / Dział .....

Wymaganie:

- .....
- .....
- .....

.....  
Organizator

.....  
Szpital