

**KARTA ZGŁOSZENIA
ZAPOTRZEBOWANIA NA SUPERWIZJĘ KLINICZĄ
W ROKU 2017**

1. Nazwa i adres placówki

2. Lista osób deklarujących udział w superwizjach

L.p.	Imię i nazwisko	Stanowisko, kwalifikacje zawodowe	Wymiar zatrudnienia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Data _____

Pieczęć placówki

Podpis kierownika