

--	--

*Okręgowa Izba Lekarska  
w Łodzi*

## **EWIDENCJA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

.....  
(LEKARZ/LEKARZ DENTYSTA)

.....  
(NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU)

<b>L.p.</b>	<b>Forma doskonalenia zawodowego z tytułem zdarzenia</b>	<b>Data uczestnictwa</b>	<b>Liczba punktów edukacyjnych</b>	<b>Sposób Potwierdzenia</b>

<b>L.p.</b>	<b>Forma doskonalenia zawodowego z tytułem zdarzenia</b>	<b>Data uczestnictwa</b>	<b>Liczba punktów edukacyjnych</b>	<b>Sposób Potwierdzenia</b>