**ZGŁOSZENIE NA KURS**

**S-ICD – zasady działania, kwalifikacja do implantacji, technika zabiegu, Gdańsk 24.XI.2018 r.**

**Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca, Gdański Uniwersytet Medyczny**

**Kierownik kursu: dr n. med. Maciej Kempa**

imię i nazwisko………………………………………………………………………………..….…………….

adres e-mail……………………………………………………………………………………………………….

telefon……………………………………………………………………………………………………………….

tytuł……………………………………………………………………………………..……………………………

specjalizacja…………………………………………………………………………………………………….

posiadane certyfikaty SRS PTK

…………………………………………………………………………………….……………………………………

……………………………………………………………………………….…………………………………………

……………………………………………………………………………..…………………………………………..

liczba przeprowadzonych implantacji układów ICD jako pierwszy operator w ostatnich 12 miesiącach………………………………………………………………………..

czy kursant brał udział w implantacji S-ICD? TAK/NIE

czy kursant brał udział w kontroli S-ICD? TAK/NIE

 ośrodek w którym zgłaszający się wykonuje zabiegi z zakresu elektroterapii

………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………….…………………………………………………………

Podpis: