

PRAKTYKA KOLUMBOPATOLOGICZNA AKREDYTOWANA PRZEZ:



Formularz wniosku o przedłużenie akredytacji
Praktyki Kolumbopatologicznej

Numer wniosku:.....

Wniosek dotyczy* (zaznaczyć X):

Gabinet	☐	Przychodnia	☐	Lecznica	☐	Klinika	☐	Laboratorium	☐
----------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

*klasyfikacja zgodnie ze stosownymi Rozporządzeniami Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 16 sierpnia 2004 r.

Nazwa Praktyki Kolumbopatologicznej:.....

.....

Adres:.....

.....

Dane kontaktowe:

.....

OPIS KWALIFIKACJI PERSONELU

Imię i Nazwisko:.....

Numer prawa wykonywania zawodu:.....

Odbyte szkolenia specjalistyczne w roku sprawozdawczym

.....

Diagnostyka kliniczna

l.p.	Data	Rodzaj gołębi (P,O,D)	Rodzaj usługi (porada, badanie sekcyjne, szczepienie, pobranie prób, itp)	Rozpoznanie
1				
2				
3				
50				

Diagnostyka Laboratoryjna

L.p.	Data	Rodzaj gołębi (P,O,D)	Rodzaj usługi (badanie sekcyjne, badanie bakteriologiczne, badanie molekularne, badanie histopatologiczne pobranie prób)	WYNIK BADANIA
1				
2				
3				
30				

Działalność badawcza (dotyczy placówek uniwersyteckich)

L.p.	Autor/autorzy	Tytuł publikacji	Czasopismo
1			
2			
3			