**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 |  |  |  |
|  |  |  |  |