

LP	Imię i nazwisko zawodnika	PESEL	Kierunek	Rok studiów	Doświadczenie w zajęciach symulacyjnych (jakie zajęcia, na jakich symulatorach)	e-mail	Podpis
1							
2							
3							
4							
5							

Kierownik zespołu:telefon:

Nazwa zespołu (opcjonalnie).....

Oświadczam, że żaden z członków zespołu posiadający dyplom zawodowy nie pracował dotychczas, ani nie pracuje obecnie w zawodzie medycznym.

Podpis kierownika zespołu:

Oświadczam, że wszyscy członkowie zespołu zapoznali się z regulaminem zawodów.

Podpis kierownika zespołu: