

DYPLOM

Pani/Pan

Nr prawa wykonywania zawodu

uczestniczył (a) w

KURSIE MEDYCZNYM PT.

EDUKACYJNY WARSZTAT ECHOKARDIOGRAFICZNY

w terminie **2014 roku** w



**POLSKA SZKOŁA
ECHOKARDIOGRAFII**

ECHOKARDIOGRAFIA KLINICZNA | WWW.ECHO.EDU.PL

Kierownictwo naukowe kursu:

.....
Prof. dr hab. med. Piotr Hoffman

.....
Dr hab. med. Wojciech Braksator

Organizator:

Grupa NeoMed sp. z o.o.
ul. Św. Urszuli Ledóchowskiej 5F/15
02-972 Warszawa

.....
(pieczęć i podpis organizatora)

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6 października 2004r. w sprawie sposobu dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, udokumentowanej liczby godzin uczestnictwa w kursie medycznym lekarzowi/lekarzowi/dentyście przysługuje pkt Izby Lekarskich, pkt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz punkty akredytacyjne: pkt Sekcji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego