**APLIKACJA o PRZYZNANIE AKREDYTACJI INDYWIDUALNEJ PTK**

**w zakresie ECHOKARDIOGRAFII**

Ja, niżej podpisana/y

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ur. \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Miejsce pracy (wykonywania echokardiogramów):

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ tel. \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

proszę o przyznanie PIERWSZORAZOWEJ / KONTYNUACJI (niepotrzebne skreślić) **Akredytacji Indywidualnej w zakresie echokardiografii** przyznawanej przez Sekcję Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (SEPTK) na okres 5 lat.

1. Posiadam tytuł specjalisty-kardiologa od roku \_ \_ \_ \_

2. Wykonuję własnoręcznie badania echokardiograficzne TAK 🞎 NIE 🞎

3. Przez ostatnie 5 lat wykonałem własnoręcznie \_ \_ \_ \_ badań TTE

\_ \_ \_ \_ badań TEE

uczestniczyłem w \_ \_ \_ \_ badań stress-echo

4. Przez ostatnie 5 lat zgromadziłem \_ \_ \_ \_ pkt. akredytacyjnych SEPTK

Podpis................................................ Miejsce, data………………………..

Wymagane załączniki:

1. Kopia dyplomu specjalizacyjnego z kardiologii

2. Specyfikacja uzyskanych punktów akredytacyjnych

3. Potwierdzenie Opiekuna Akredytacji

4. potwierdzenie wpłaty 300 PLN na konto SEPTK

**Specyfikacja uzyskanych punktów akredytacyjnych określonych Regulaminem Akredytacji SE PTK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Rok uzyskania | Tytuł | Liczba punktów | Podpis |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Ogółem:** |  |  |

**Inne aktywności edukacyjne ujęte w systemie SEPTK:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Rok uzyskania | Tytuł | Liczba punktów | Podpis |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Punkty ogółem - ostatnie 5 lat:** |  |  |

Data, podpis………………………………………….

**POTWIERDZENIE OPIEKUNA AKREDYTACJI**

OPIEKUN AKREDYTACJI: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Nazwisko i imię opiekuna:

Niniejszym potwierdzam, że Kol.

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ur. \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Nazwisko i imię wnioskującego:

ubiegający/a się o przyznanie Akredytacji Indywidualnej w zakresie echokardiografii przez Sekcję Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (SEPTK) spełnia wymogi upoważniajace go do uzyskania Akredytacji Indywidualnej z Echokardiografii

Podpis Opiekuna................................................................ Miejsce, data………………………..