



Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

LISTA UCZESTNIKÓW/EK ZAKWALIFIKOWANYCH DO PROJEKTU

„Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznych w PWSZ w Kaliszu”

Lp.	Imię i nazwisko	Nr formularza zgłoszeniowego

Zatwierdzam:

- 1) - Przewodniczący komisji rekrutacyjnej
- 2) - Członek komisji rekrutacyjnej
- 3) - Członek komisji rekrutacyjnej