



Kształcenie podyplomowe w zawodach medycznych

fax: 0 12 398 19 93

tel: 0 12 398 19 92

biuro.krakow@klinikaffx.pl

www.klinikaffx.pl

Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie

UWAGA! Kartę prosimy wypełnić czytelnie, **DRUKOWANYMI** literami

Do zgłoszenia proszę dołączyć kserokopię dokumentu poświadczającego wykształcenie minimum średnie

NAZWA KURSU: TECHNOLOGIA STERYLIZACJI I DEZYNFEKCJI

1. Imię i nazwisko.....
2. NIP..... PESEL.....
3. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....
(miejscowość, województwo)
4. Adres zamieszkania
.....
.....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina*, województwo)
5. Numer telefonu: służbowy adres e-mail
6. Wykształcenie

Jeśli faktura ma być wystawiona na zakład pracy prosimy o uzupełnienie poniższych danych:

Nazwa i adres zakładu pracy
.....
NIP zakładu pracy

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu

Data
.....
podpis

*niepotrzebne proszę skreślić

(!) Do zgłoszenia proszę dołączyć kserokopię dokumentu poświadczającego wykształcenie minimum średnie (!)