

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W KURSIE**UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami****NAZWA KURSU:**

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Nr NIP..... PESEL.....

3. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

(miejscowość, województwo)

4. Adres do korespondencji

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina, województwo)*

5. Numer telefonu: służbowy

6. Adres e-mail (WAŻNE!)

7. Wykształcenie zawodowe

8. Nazwa szkoły medycznej

rok ukończenia uzyskany tytuł

9. Prawo wykonywania zawodu:

zaświadczenie numer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Litera : data wystawienia.....*(P lub A wpisz właściwe)*

wydane przez

10. MIEJSCE PRACY : (pełna nazwa, adres):

.....NIP: fax.

11. RACHUNEK NA ZAKŁAD PRACY lub INDYW. PRAKTYKĘ. PIEL. ? TAK NIE

12. Dane do rachunku (pełna nazwa, adres, NIP):

NIP nr faxu

13. Zajmowane stanowisko

14. Staż pracy: w zawodzie

15. Będę ubiegać się o dofinansowanie z WOIPiP (WPISZ TAK LUB NIE →)

--

Jeśli tak, prosimy o dostarczenie do naszego biura, wypełnionego wniosku i podania.**Nie później jednak niż 14 dni przed spotkaniem organizacyjnym!**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez KLINIKĘ FFX Organizatora Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych DZ.U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.), potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu oraz akceptuję regulamin udziału w kursie (dostępny na stronie www.klinikaffx.pl)

Data

podpis