ART&MED **www.artmed.kalisz.pl**

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS

NAZWA KURSU :	
Organizator kursu:	**„ART&MED" MEDYCZNE CENTRUM USŁUGOWO SZKOLENIOWE**
Miejsce:	**UL. WINIARSKA 12, 62-800 KALISZ** **TEL. 62 594 11 11, 594 11 12 FAKS 62 767 00 66** **E-MAIL: SZKOLENIA@ARTMED.KALISZ.PL**
Termin kursu:	

Imię :	
Nazwisko:	
PESEL:	
Telefon dom.:	0 - Tel. kom.: - -
E-mail:	
Data i miejsce ur.:	- -
Adres zameldowania:	
Ulica:	
Nr domu:	Nr mieszk.: Kod: -
Miejscowość:	
Województwo	
Miejsce pracy	

1. Przesyłając ten formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz przesyłanie informacji drogą elektroniczną i umieszczenie ich w bazie danych Firmy „ART&MED" Medyczne Centrum Usługowo Szkoleniowe, ul. Winiarska 12, 62-800 Kalisz. zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) z przeznaczeniem do wykorzystania ich w celach ściśle związanych z organizowanymi szkoleniami. Mam świadomość, że przysługuje mi prawo dostępu, poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania. Swoje dane udostępniam dobrowolnie.

.....
Czytelny podpis i data

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU

Nr prawa wykonywania zawodu:
Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:
Przynależność do Izby Lekarskiej:
Specjalizacja:

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY Kieruję Panią/Pana:
..... na szkolenie w dziedzinie/w zakresie:
..... .
Koszt szkolenia w kwocie (zł.): ..... pokrywa .....
..... .

(miejscowość, data) (pieczątka zakładu pracy) (pieczątka i podpis kierownika zakładu pracy)

Uzupełniony formularz proszę przesłać na :
e-mail: szkolenia@artmed.kalisz.pl lub **faks** 62 767 00 66
lub **adres :** ART&MED ul. Winiarska 12, 62-800 Kalisz