

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 zaświadczenia o prawie do wykonywania zawodu:
Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:
Zaświadczenie wydane przez:
Numer w rejestrze pielęgniarek i położnych:

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY Kieruję Panią/Pana:
 na szkolenie w dziedzinie/w zakresie:

 Koszt szkolenia w kwocie (zł.): pokrywa

(miejscowość, data) (pieczętka zakładu pracy) (pieczętka 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