Regionalny Ośrodek Kształcenia Lekarzy Medycyny Rodzinnej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. Warszawska 30 10-082 Olsztyn
tel. 89 524-53-63

KARTA ZGŁOSZENIA NA KURS SPECJALIZACYJNY

NUMER KURSU NADANY PRZEZ CMKP: .....

TYTUŁ KURSU: .....

.....

DZIEDZINA: .....

TERMIN KURSU: OD ..... DO .....

IMIĘ :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NAZWISKO:

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DATA URODZENIA: |__|__| |__|__| |__|__|__|__| PESEL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU: .....

ADRES DO KORESPONDENCJI:

.....

(kod, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania)

TELEFON KONTAKTOWY: .....

E-MAIL: .....

DANE DOTYCZĄCE ODBYWANEJ SPECJALIZACJI

DATA ROZPOCZĘCIA SPECJALIZACJI: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

PLANOWANY TERMIN ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI: |__|__| |__|__|__|__| (mm.rrrr)

Zasady przyjmowania zgłoszeń:

1. *Warunkiem zapisania się na kurs jest przesłanie czytelnie wypełnionej karty zgłoszenia. Zgłoszenia nieczytelne lub nie zawierające wszystkich danych nie będą przyjmowane.*
2. *Liczba miejsc na kursach jest ograniczona.* ***Tylko osoby zakwalifikowane do udziału w szkoleniu otrzymają zawiadomienia****.*
3. *Osoba, która otrzyma powiadomienie o zakwalifikowaniu na kurs, a nie może w nim uczestniczyć, zobowiązana jest niezwłocznie powiadomić o tym fakcie organizatora.*
4. *Zaświadczenia o udziale w kursie wydawane są po jego zakończeniu, wyłącznie osobom, które uczestniczyły we wszystkich zaplanowanych zajęciach.*

Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przyjmowania zgłoszeń na kurs oraz, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla przygotowania kursu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (tj. Dz.U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 ze zmianami).

.....

(data, pieczątka, podpis)