

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA

na specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa.....
lub
na kurs.....
formularz proszę wypełnić drukowanymi literami

Część 1*

Imię i nazwisko
Nazwisko rodowe Imiona rodziców
Data i miejsce urodzenia
Miejsce pracy/ adres i zajmowane stanowisko
.....
Staż pracy w zawodzie wykształcenie zawodowe.....
Rodzaj szkoły Rok ukończenia szkoły
Numer i data prawa wykonywania zawodu
Adres zamieszkania kod.....
Adres korespondencji kod.....
Numer telefonu dom praca kom:
e-mail:

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na zbieranie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji procesu kształcenia podyplomowego (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883).

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis zgłaszającego

Wypełniony formularz zgłoszenia proszę przesłać listownie lub faksem na adres:

G.B. Management Dział Doskonalenia Kadr Medycznych
ul. Trzebnicka 42
50-230 Wrocław
tel/ fax: (071) 78 36 911

e-mail: gbm@ddkm.pl
gbm@onet.pl

www.ddkm.pl

Konto: BPS S.A. I Oddział Wrocław
61 1930 1073 2009 0903 3314 0001

Część 2*

Skierowanie na szkolenie specjalizacyjne

Kieruję Panią/ Pana
na szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie
organizowane przez G.B. Management Dział Doskonalenia Kadr Medycznych

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis pracodawcy

* część 1 wypełnia pielęgniarka, położna; część 2 wypełnia pracodawca