FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W SZKOLENIU

|  |
| --- |
|  |
| DANE PERSONALNE |
| *IMIĘ I NAZWISKO* |  |
| *PESEL* |  |
| *ADRES ZAMIESZKANIA* |  |
| *NPWZ* |  |
| *TEL. KONTAKTOWY* |  |
| *ADRES e-mail* |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU |
| Zgłaszam swój udział szkoleniu ………………………………………………………………………………………………………… Tytuł szkolenia |
| Miejsce szkolenia  ………………………………………………………………………………………………..  |

Informacje dodatkowe

1. LEKARZ UCZESTNICZY W KURSIE NA ZASADZIE WOLONTARIATU
2. PO STRONIE UCZESTNIKA SZKOLENIA ZAPEWNIENIE ZAKWALIFIKOWANEGO WSTĘPNIE PACJENTA
3. PRZESŁANIE DOKUMENTACJI PACJENTA( kserokopii)poprzez szyfrowany plik na stronie ECZ
4. PODPISANIE UMOWY WOLONTARIATU( NIEZBĘDNE DOKUMENTY ; PWZ,KSEROKOPIA DYPLOMU , SPECJALIZACJI LUB KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018, poz. 1000). Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości że: •Administratorem zebranych danych osobowych jest Europejskie Centrum Zdrowia Otwock Szpital im. Fryderyka Chopina ul.Borowa 14/18•Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji szkolenia

Kontakt do organizatora: szkolenialaparoskopowe@ecz-otwock.pl

Każdorazowo po otrzymanym zgłoszeniu nastąpi kontakt ze strony organizatora w celu ustalenia dalszych szczegółów.