#  **KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W KURSIE  PODSTAWOWYM\* / UZUPEŁNIAJĄCYM\* (zaznacz wybrany rodzaj szkolenia)**

**w zakresie PRZETACZANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW**

**dla pielęgniarek i położnych**

1. IMIĘ i NAZWISKO\*\*

2. Drugie imię\*\*
3. Telefon kontaktowy\*\* (pole obowiązkowe)

4. Adres e-mail\*\* (pole obowiązkowe)

5. Adres do korespondencji …………….

 …………….

6. Rodzaj ukończonej szkoły zawodowej / uzyskany tytuł\*\*

7. Numer Prawa Wykonywania Zawodu\*\*

 wydane przez\*\*

8. Numer rejestru pielęgniarek i położnych

9. Miejsce pracy\*\* – adres / zajmowane stanowisko

**10. Dołączyć kserokopię prawa wykonywania zawodu.**

**11. Dołączyć kserokopię zaświadczenia o ukończeniu ostatniego szkolenia.**

Oświadczam, że dane zawarte w karcie zgłoszenia są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji procesu kształcenia podyplomowego zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

 Miejscowość i data\*\* Podpis zgłaszającego\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |