



## OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE

75-611 Koszalin  
ul. Zwycięstwa 190  
Regon: P-330033099  
www.oipip-koszalin.org

tel. 94/3411102 lub 504246447  
NIP 669-10-91-728  
e-mail: szkolenia@oipip-koszalin.org

### 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\*\*