



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**

*proszę zaznaczyć wybrany rodzaj szkolenia

** pole obowiązkowe