

Formularz zgłoszenia na kurs

do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Informacje o kursie

Numer kursu	
Tytuł	
Termin(y)	

Dane osobowe

Tytuł zawodowy / stopień naukowy	
Imię	
Nazwisko	
Obywatelstwo	polskie .
PESEL	
Płeć	kobieta mężczyzna
Data urodzenia	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Komórkowy telefon kontaktowy	
Adres e-mail do korespondencji	

*Numer telefonu komórkowego jest nieobowiązkowy i będzie użyty do wysłania przypomnień SMS o zbliżającym się kursie.
Adres e-mail jest obowiązkowy i będzie służył jedynie do prowadzenia korespondencji w zakresie obsługi kursu.*

Adres do korespondencji

Adres	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Województwo	

Specjalizacje

Posiadana specjalizacja	
Rok uzyskania specjalizacji	
Rozpoczęta specjalizacja	
Data rozpoczęcia specjalizacji	
Planowana data zakończenia specjalizacji	
Rok planowanego przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego	
Zaliczony moduł podstawowy?	
Data wpisu z książeczki specjalizacji / planowana data zakończenia modułu podstawowego	

Zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w formularzu przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego z siedzibą w Warszawie, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa w celu przeprowadzenia rekrutacji i obsługi administracyjnej kursu (szkolenia). Podanie danych jest dobrowolne przy czym nie podanie ich uniemożliwi rekrutację i obsługę administracyjną przedmiotowego kursu (szkolenia). Przyjąłem/Przyjęłam do wiadomości, że w każdej chwili przysługuje mi prawo do wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.

Potwierdzam, zapoznanie się z treścią Klauzuli informacyjnej CMKP

Data i podpis