



**WNIOSEK O PRZYSTĄPIENIE DO EGZAMINU
Z ZAKRESU OCHRONY RADIOLOGICZNEJ PACJENTA
dla lekarzy dentystów wykonujących procedury radiologiczne**

Data złożenia wniosku:		
Termin egzaminu:		
Miejsce egzaminu:		
Imię i nazwisko:		
Data i miejsce urodzenia:		
Nr PESEL:		
Seria i nr dowodu:		
Adres korespondencyjny (z kodem):		
nr telefonu/ e-mail :	nr tel.	e-mail:
Nazwa jednostki kierujące (pełne dane do FV Nazwa, dokładny adres, nip)		
Nr prawa wykonywania zawodu (dot. lekarzy):		
Osoba do kontaktu: (imię i nazwisko, nr telefonu)		

1. Na podstawie §10, ust.9 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. (Dz. U. 2011, nr 51 , poz. 265) w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medyczne) **Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

....., dnia.....2015r.

Podpis:

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych na potrzeby szkolenia „Ochrona Radiologiczna Pacjenta”, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych.
(Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)

....., dnia.....2015r.

Podpis:

Załączniki:

1. Kserokopia dowodu osobistego
2. Potwierdzenie wniesienia opłaty za egzamin*

* należy dołączyć w przypadku osób zdających tylko egzamin