



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

Data złożenia wniosku:	
Termin kursu:	
Miejsce egzaminu:	
Imię i nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
Nr PESEL:	
Seria i nr dowodu	
Adres korespondencyjny z (kodem):	
Nr telefonu:	
e-mail:	
Dane do faktury:	
Nr prawa wykonywania zawodu:	
Osoba do kontaktu:	

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.....2016r.

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.....2016r.

Podpis:

Załączniki:

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

** należy dołączyć w przypadku osób zdających tylko egzamin*