



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS  
OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA  
dla lekarzy dentystów wykonujących procedury radiologiczne**

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

1. Prosimy o przesłanie formularza na adres e-mail –[magda@sternweber.pl](mailto:magda@sternweber.pl)
2. Wpłaty należy dokonać w ciągu 3 dni od daty wystawienia FV. W opisie prosimy wpisać **KURS ORP oraz IMIĘ i NAZWISKO UCZESTNIKA**
3. Oświadczam, iż zapoznałem się z **regulaminem** organizacji kursów na stronie internetowej [www.inspektor-radiologiczny.pl/kursy i szkolenia](http://www.inspektor-radiologiczny.pl/kursy_i_szkolenia)
4. 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).

.....

(data, podpis)

<i>Wypełnia organizator</i>		
<b>Data wpływu:</b>	<b>Nr Zgłoszenia:</b>	<b>Data przyjęcia:</b>
<b>Nr certyfikatu:</b>		