



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

Termin kursu:		
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. Prosimy o przesłanie formularza na adres e-mail –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>		
Data wpływu:	Nr Zgłoszenia:	Data przyjęcia:
Nr certyfikatu:		