Kolegium Kształcenia Podyplomowego

Wydziału Farmaceutycznego

z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej SUM

ul. Jedności 8

41-200 Sosnowiec

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Kurs nr...........................................................................................................................................

Temat kursu...................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

Termin kursu.................................................................................................................................

1. Imię i nazwisko:........................................................................................................................

2. Posiadany stopień naukowy:.....................................................................................................

3. Adres do korespondencji:

kod:......................... miejscowość:...............................................................................................

ulica:………………………………………………………............................ nr:………………

telefon:…………………………………………………………………………………………..

4. Miejsce pracy:..........................................................................................................................

kod:......................... miejscowość:………………………………………………………………

ulica:................................................................................................................ nr:………………

telefon służbowy:.........................................................................................................................

adres e-mail: ……………………………………………………………………………………

Proszę o wystawienie faktury za kurs dla:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Numer NIP:...................................................................................................................................

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z dnia 29.08. 1997r. Nr 133, poz.883, zm.: Dz. U. z 2000, Nr 12, poz.136, Dz. U. z 2000, Nr 50, poz.580)*

Data: .......................... Podpis i pieczątka:………………………………….