

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 pieczęćka:.....