

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA
na kurs specjalistyczny**



Organizator:
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Wydział Farmaceutyczny / Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Dąbrowskiego 79/619, Poznań 60-529
tel.: 61 – 854 69 20

Nazwa kursu:
Ordynowanie leków i wypisywanie recept
Termin rozpoczęcia kursu:

1. Imię i nazwisko: _____

2. Nazwisko rodowe: _____ Imiona rodziców: _____

3. Data i miejsce urodzenia: _____ (dd-mm-rrrr, miejsce)

4. Adres zamieszkania:

MIEJSCOWOŚĆ _____ KOD POCZT. _____ ULICA _____

Adres do korespondencji:

MIEJSCOWOŚĆ _____ KOD POCZT. _____ ULICA _____

5. TELEFON\ E-MAIL _____

6. NIP: _____ PESEL: _____

7. Wykształcenie zawodowe: _____

/nazwa szkoły, miejscowość, data ukończenia/

8. Numer i data wydania prawa wykonywania zawodu: _____

9. Staż pracy zawodowej ogółem: _____

10. Staż pracy zgodny z kierunkiem kursu: _____

11. Obecne miejsce zatrudnienia: _____

/nazwa zakładu, adres, telefon/

12. Zajmowane stanowisko: _____

13. Odbyte szkolenia podyplomowe: _____

/nazwa szkolenia, kursu/

Uczestnik wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu dla potrzeb związanych z realizacją programu szkolenia (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych, Dz.U. nr 4 poz. 1182 z późn. zmianami).

/ miejscowość, data/

/ podpis składającego zgłoszenie/

UWAGA: Do zgłoszenia należy dołączyć kserokopię prawa wykonywania zawodu oraz kserokopię dyplomu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub kserokopię dyplomu magistra pielęgniarstwa/ położnictwa.