

Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie dokształcającym

w zakresie **Profilaktyka zakażeń szpitalnych**

w dniach 16-18 listopada 2012

1. **Imię(imiona)i nazwisko**.....
2. **Nazwisko rodowe**..... Imię ojca.....
3. **Nr NIP**..... **PESEL**.....
4. **Data urodzenia**.....
5. **Miejsce urodzenia**.....
(miejscowość, województwo)
6. **Adres zamieszkania**.....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina*, województwo)
7. **Numer telefonu:** domowy służbowy
adres mailowy.....
8. **Wykształcenie zawodowe**
9. **Nazwa ukończonej szkoły medycznej**
rok ukończenia uzyskany tytuł
10. **Prawo wykonywania zawodu:**data wystawienia
wydane przez
numer rejestru Pielęgniarek i Położnych
11. **Przebyte szkolenia:**
12. **Miejsce pracy:**
Komórka organizacyjna.....
13. **Zajmowane stanowisko**
14. **Staż pracy:** w zawodzie zgodnie z dziedziną kursu
15. Izba Pielęgniarek i Położnych właściwa dla miejsca zatrudnienia

Dane do rachunku /jeśli potrzebne/:

Pełna nazwa płatnika:

Adres płatnika.....

Numer NIP

*Oświadczam, że dane zawarte w formularzu zgłoszenia są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności prawnej za poświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zgodnie z
art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z póź. zm.) wyrażam
zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu osobowym do celów rekrutacji na kurs
dokształcający "Profilaktyka zakażeń szpitalnych" Fundacji Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego*

Data (podpis)

UWAGA! Kartę należy wypełnić i przysłać mailowo na adres - frpp@frpp.org.pl natomiast oryginał
dostarczyć w dniu rozpoczęcia kursu.