

Kurs z zakresu medycyny paliatywnej

Formularz zgłoszeniowy

Dane uczestnika kursu	
Nazwisko imię	
Tytuł	
Miejsce pracy	
Adres do korespondencji	
Ulica	
Numer	
Miasto	
Kod pocztowy	
Telefon	
Fax	
e-mail Wypełnienie pozycji jest obowiązkowe	
Dane do faktury*	
Nazwa	
NIP	
Miasto	
Ulica	
Numer	
Kod	

*Wypełnienie pozycji jest obowiązkowe

UWAGA! Wypełniony formularz prosimy przesłać na adres e-mail: karinap@ump.edu.pl

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych ☐ TAK ☐ NIE (niepotrzebne skreślić)
Uprzejmie informujemy, że podane w formularzu dane osobowe będą przetwarzane przez: Stowarzyszenie Bono Serviamus ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań, w celu związanym z organizacją i przeprowadzeniem szkolenia.
Informujemy także o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w każdym czasie.