WNIOSEK O PRZYSTAPIENIE DO EGZAMINU

SZKOLENIE : OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA,

MIEJSCE EGZAMINU*....., DATA SZKOLENIA*.....

Prosimy wyraźnie wypełnić drukowanymi literami i przekazać organizatorowi szkolenia w terminie przynajmniej 7 dni przed planowanym egzaminem drogą emaliowa (skan), faksem,listem –Wniosek obowiakowo musi być podpisany własnoręcznie

Imie i nazwisko*								
Nr pesel uczestnika szkolenia*								
Dokument potwierdzajacy tożsamość *	Seria:			nr				
Data urodzenia* / Miejsce urodzenia*	Data:			Miejsce:				
Adres zamieszkania*								
e-mail */ nr telefonu*	e-mail			nr tel.				
Tryb szkolenia : **(zaznaczyć X-prawidłowy wybór)***	E-learning			Stacjonarne				
	data rozpoczecia data zakończenia			data rozpoczecia data zakończenia				
Grupa zawodowa:* prawidłowe zaznacz	**LR**	**LRZ**	**LST**	**LRT**	**LMN**	**LIX**	**FT**	**PMN**

*Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych****

☐

****należy zakreślić obowiązkowo na podstawie na podstawie §10, ust.9 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medyczne)*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych na potrzeby szkolenia „Ochrona Radiologiczna Pacjenta", zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)**

☐

....., dnia……2011r. Podpis: ……

* pola obowiazkowe