MEDICALCENTER
LEARNING & EQUIPMENT

WNIOSEK O PRZYSTAPIENIE DO EGZAMINU

SZKOLENIE : OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA,

MIEJSCE EGZAMINU....., DATA EGZAMINU.....

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 :	E-learning			Stacjonarne				
(zaznaczyć X-prawidłowy wybór)*	E-learning + prelekcja							
	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***

☐ *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……2015r. Podpis: ……

** pola obowiązkowe*
***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)*

Ochrona Radiologiczna Pacjenta
Tel +48 600 915 126; +48 696 339 296;
biuro@ochronaradiologicznapacjenta.pl; www.ochronaradiologicznapacjenta.pl
Medical Center Łódź 93-139 ul.Łęczycka 8/2