MEDICALCENTER
LEARNING & EQUIPMENT

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

SZKOLENIE : OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA,
TRYB:*(zaznacz prawidłowe) STACJONARNY / E-LEARNING + STACJONARNY

Imie i nazwisko*								
Nr pesel uczestnika szkolenia*								
Adres zamieszkania*								
e-mail */ nr telefonu*	**e-mail**				**nr tel.**			
Nazwa jednostki kierujacej * (pełne dane do FV) Nazwa, dokładny adres, nip								
Data szkolenia * / Miejsce szkolenia*	**data szkolenia**				**miejsce szkolenia**			
Osoba do kontaktu: Kierownika zakładu RTG (imię i nazwisko, nr telefonu)*								
Grupa zawodowa:* prawidłowe zaznacz	**LR**	**LRZ**	**LST**	**LRT**	**LMN**	**LIX**	**FT**	**PMN**

Formularz należy przesłać na adres : biuro@ochronaradiologicznapacjenta.pl biuro@medicalcenter.net.pl,

O rezygnacji z uczestnictwa szkolenia proszę informować min 10 dni od daty szkolenia

Wpłaty należy dokonać w ciągu 2 dni od daty wystawienia FV z dopiskiem ORP-TYP SZKOLENIA +IMIĘ NAZWISKO UCZESTNIKA

Oświadczam, iż zapoznałem sie z regulaminem kształcenia dot. kursów stacjonarnych znajdującym sie na stronie www.ochronaradiologicznapacjenta.pl

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 .....2015 Podpis *.....

** pola obowiązkowe*

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