

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA WARSZTATACH EMG I ENG

Imię:	Nazwisko:	
Adres:		
Telefony:	e-mail:	
Miejsce pracy:		
Lekarz specjalności .....	Nr prawa wykonywania zawodu .....	
Czy wykonuje Pan/Pani badania EMG?*	Ile badań Pan/Pani wykonał(a)? .....	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EMG?*	Jeśli tak, w jakim ośrodku?	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Jakim poziomem warsztatów jest Pan/Pani zainteresowany(a)? *		
<input type="checkbox"/> EMG - I blok	<input type="checkbox"/> EMG - II blok	<input type="checkbox"/> EMG - III blok
Czy skorzysta Pan/Pani z proponowanego przez nas zakwaterowania? * (nocleg płatny przez uczestnika w hotelu)		
<input type="checkbox"/> TAK w pokoju 1 os. (210 zł/doba)	<input type="checkbox"/> TAK w pokoju 2 os. (320 zł/doba)	<input type="checkbox"/> NIE (we własnym zakresie)
Zapoznałem się z Regulaminem i akceptuję jego postanowienia	Podpis: .....	
Imię i nazwisko zgłaszającego: .....	Data zgłoszenia: .....	Podpis: .....
Dane do faktury:		
Nazwa: .....		
Adres: .....		
Kod pocztowy: .....		
Miejscowość: .....		
NIP: .....		

\* wpisać „X” w odpowiednie pole

**Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie dla celów rekrutacyjnych Ośrodka AKSON.**

**Nie będą udostępniane firmom ani osobom trzecim, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych.**