

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W SZKOLENIU DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Imię:	Nazwisko:	
Telefon:	e-mail:	
Miejsce pracy:		
Zapoznałem się z Regulaminem i akceptuję jego postanowienia (wymagany podpis)	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.