

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 - teoria <input type="checkbox"/> EMG - praktyka <input type="checkbox"/> EMG –zaawansowany			
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.**