



Formularz zgłoszeniowy

SPOTKANIE SZKOLENIOWE DLA LEKARZY POZ

Imię i nazwisko LEKARZA POZ

Nazwa i adres POZ

.....

Termin szkolenia

Numer konta bankowego (na częściowy zwrot kosztów dojazdu):

.....

W przypadku posiadania specjalnych potrzeb należy je oznaczyć „X” w kolumnie „Zgłoszenie potrzeby” i opisać w kolumnie „Potrzeba” (jeśli dotyczy).

Potrzeba	Zgłoszenie potrzeby
Specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową - proszę opisać jakiego:	
Zapewnienia tłumacza migowego	
Zapewnienia druku materiałów powiększoną czcionką	
Dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych - proszę opisać jakich:	
Inne specjalne potrzeby - proszę opisać jakie:	

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu Sp. z o.o. Z siedzibą w Ustroniu, jako Organizatora, dla celów rekrutacyjnych na szkolenie/warsztaty, którego niniejsze zgłoszenie dotyczy oraz dla celów przeprowadzenia szkolenia, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.).

.....

(podpis)