



## Formularz zgłoszeniowy

### SPOTKANIE SZKOLENIOWE DLA PIEŁĘGNIAREK/PIEŁĘGNIARZY

Imię i nazwisko pielęgniarki/pielęgniacza 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 siedziba 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)

