



**Formularz zgłoszenia do udziału w kursie
w ramach projektu pod nazwą „Podniesienie kwalifikacji kadr medycznych w Szpitalu
Nowowiejskim” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu
operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (nr naboru POWR.05.04.00-00-0092/16)**

Imię i nazwisko		
Nr prawa wykonywania zawodu		
Adres e-mail i telefon		
Miejsce pracy/wykonywania świadczeń <i>(proszę podać nazwę i adres podmiotu leczniczego)</i>		
Zatrudnienie w podstawowej opiece zdrowotnej <i>(proszę wstawić X w odpowiednim okienku)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Informacja dotycząca specjalizacji <i>(proszę wstawić X w odpowiednim okienku)</i>	Specjalista <input type="checkbox"/>	W trakcie specjalizacji <input type="checkbox"/>
	I stopień specjalizacji <input type="checkbox"/>	Inne* <input type="checkbox"/>
W jakiej dziedzinie		
Termin kursu, którego dotyczy zgłoszenie		

**Inne - dotyczy lekarzy bez specjalizacji, nie realizujących aktualnie żadnego programu specjalizacji*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z uczestnictwem w kursie

PODPIS

Po wypełnieniu formularz można wysłać:

1. Scan formularza na adres e-mail: szkolenie@szpitalnowowiejski.pl
2. Faxem – numer faxu: **22 825 10 34**
3. Poczta – na adres:

**Samodzielnny Wojewódzki Zespół Publicznych
Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej,
00-665 Warszawa,
ul. Nowowiejska 27
z dopiskiem „Szkolenie”**

Uwaga: Obowiązuje kolejność zgłoszeń.

Organizator zastrzega, że w przypadku wyczerpania miejsc we wskazanym przez zgłaszającego terminie osoba odpowiedzialna za nabór skontaktuje się ze zgłaszającym w celu zaproponowania innego dogodnego terminu.