

Formularz zgłoszeniowy

formularz prosimy przesłać mailem: sylwia.kluj@usk.poznan.pl		
Szkolenie: Ochrona Radiologiczna Pacjenta		
Specjalność:.....		
Proszę o wpisanie właściwej LR, LMN, LRZ, LIX, LST, FT, PMN, LRT		
Termin:		
Miejsce:		
DANE UCZESTNIKA / UCZESTNIKÓW		
Imię i nazwisko, mail kontaktowy		
1.		
2.		
3.		
DANE do wystawienia faktury		
Nazwa:		
Adres:		
Kod pocztowy		Miejscowość
NIP:		
e-mail:	telefon:	
Numer rachunku Bono Serviamus: Bank Handlowy w Warszawie S.A., Oddział w Poznaniu 1310301247000000079912007		
UWAGI:		
Oświadczam, że:		
<ul style="list-style-type: none">• Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb przeprowadzenia szkolenia.• Akceptuję „Regulamin warunków uczestnictwa w kursach (Szczegóły - strona internetowa Bono Serviamus www.bonoserviamus.skpp.edu.pl)		
Miejscowość, data:		
	
(podpis zgłaszającego)		