

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

## STYPENDIUM W STANACH ZJEDNOCZONYCH KONKURS DLA LEKARZY POZ

IMIĘ I NAZWISKO: .....

DATA URODZENIA: .....

ADRES ZAMIESZKANIA: .....

.....

.....

ADRES DO KORESPONDENCJI: .....

.....

.....

TELEFON KONTAKTOWY: .....

E-MAIL: .....

*Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez E. i R. Cholewa ELAMED Spółka Jawna z siedzibą w Katowicach przy ulicy Roździeńskiego 188 moich danych osobowych w związku z udziałem w konkursie „STYPENDIUM W STANACH ZJEDNOCZONYCH – KONKURS DLA LEKARZY POZ (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz.U. nr 133, poz. 883)”.*

*Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam (-em) się z regulaminem konkursu.*

PODPIS

PIECZĄTKA

.....

.....

\* Prosimy o CZYTELNE wypełnienie formularza.

Formularz jest NIEZBĘDNYM dokumentem do przyjęcia pracy konkursowej.