

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WNIOSEK O DOPUSZCZENIE DO EGZAMINU

OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA dla grupy LST

„dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury z zakresu ochrony radiologicznej oraz personelu obsługującego aparaty do dentytometrii kości”

**Miejsce szkolenia: siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie
35-030 Rzeszów, ul. Jana Dekerta 2**

Imię i nazwisko uczestnika: _____

PESEL: _____

Adres korespondencyjny

✓ Ulica _____

✓ Miejscowość: _____

✓ Kod pocztowy/poczta: _____

Zawód/tytuł naukowy: _____

Nr prawa wykonywania zawodu: _____

Telefon kontaktowy, adres email: _____

Data i miejsce urodzenia (gdy nie podano PESEL) _____

Inne _____

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych*

**należy zakreślić obowiązkowo na podstawie §10, ust.9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA SZKOLENIA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH w związku z uczestnictwem w szkoleniu *Ochrona Radiologiczna Pacjenta* organizowanym przez QualyMed R. Laska A. Lutak Sp. J. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Firmy QualyMed w celu realizacji szkolenia.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

dnia.....

Podpis:.....

UWAGA! Do wniosku należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego albo innego dowodu tożsamości.

Opłatę z dopiskiem „szkolenie ORP LST Rzeszów (imię i nazwisko uczestnika)” proszę wpłacić:

QualyMed R. Laska A. Lutak Sp. J. 31-117 Kraków; ul. Cybulskiego 8/7

Alior Bank S.A. 60249000050000450095263095

Dane do faktury za udział w szkoleniu:

Nazwa Płatnika:

.....

adres:

NIP:

WYPEŁNIONY FORMULARZ prosimy o przesłanie na **adres e-mail: biuro@qualymed.pl** lub nr fax **12 341 55 95** albo o wypełnienie na stronie **www.qualymed.pl**

Wymagane dokumenty prosimy o dostarczenie w dniu szkolenia.