



Formularz zgłoszeniowy na szkolenie z zakresu Ratownictwa Medycznego dla lekarzy dentystów stażystów

Formularz prosimy przysłać na adres e-mail: paulina.gierszewicz@ratownictwo.med.pl do dnia 27.04.2022r.

Nazwa kursu:	RATOWNICTWO MEDYCZNE
Termin szkolenia: I GRUPA LUB II GRUPA I GRUPA (9,10,11,12,13,16,17.05.2022r.- zdalnie MS TEAMS, egzamin 18.05.2022r. ul. Rycerska 10, bud. E sala szkoleniowa) II GRUPA (6,7,8,9,10,13,14.06.2022r. zdalnie MS TEAMS, egzamin 15.06.2022r. ul. Rycerska 10, bud. E sala szkoleniowa)	
Imię nazwisko:	
Adres e-mail	
Numer telefonu	
Miejsce odbywania stażu	

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb przeprowadzenia szkolenia.

Miejscowość, data

Podpis