



## Formularz zgłoszeniowy dla lekarza POZ

Spotkanie szkoleniowe wykłady/warsztaty\*

Imię i nazwisko lekarza POZ .....

Nazwa i adres POZ.....

Termin szkolenia.....

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SANUS Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. z siedziba w Stalowej Woli jako Organizatora, dla celów rekrutacyjnych na szkolenie/warsztaty, którego niniejsze zgłoszenie dotyczy oraz dla celów przeprowadzenia szkolenia, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.).

.....

(podpis)

\*niepotrzebne skreślić



Wczesne Wykrywanie  
Reumatoidalnego  
Zapalenia Stawów