**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**UCZESTNICTWA W EGZAMINIE CENTRALNYM DLA POŁÓZNYCH REALIZUJĄCYCH PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY**

**Formularz proszę wypełnić i wysłać pocztą e-mail na adres:** [**konferencje@coi.pl**](mailto:konferencje@coi.pl)

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………

2 Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………

4.Adres e-mail:…………………………………………………………………………………

3.Kontakt telefoniczny:…………………………………………………………………………

4.Nazwa i adres miejsca pracy:…………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

5. Numer prawa wykonywania zawodu:………………………………………………………

6.Staż pracy:……………………………………………………………………………………

Czy była Pani uczestnikiem wcześniejszych edycji KURSU ***DOKSZTALCAJĄCEGO W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI POBIERANIA ROZMAZÓW CYTOLOGICZNYCH DLA POTRZEB PROGRAMU* ? TAK/NIE**

**Jeśli TAK, to proszę podać rok i miejsce przeprowadzonego KURSU……………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb prowadzenia i organizacji egzaminu centralnego dla położnych na podstawie art.23 ust.1 pkt.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz.922).***

*Administratorem danych osobowych jest organizator centralnego egzaminu..*

*…………………………………………….*

*data i podpis*

\* prosimy o wypełnienie zgłoszenia drukowanymi literami