**KARTA ZGŁOSZENIOWA KURSU SPECJALISTYCZNEGO**

**Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych**

**DANE OSOBOWE**

1. Imię (imiona) i nazwisko .........................................................................................
2. Imię ojca..................................... Nazwisko rodowe ……........................................
3. Data urodzenia ........................................................................................................
4. Miejsce urodzenia ..................................................................................................
5. Obywatelstwo .........................................................................................................
6. Numer PESEL ………………………………………………………………………………………………
7. Adres zamieszkania ...............................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

1. Numer telefonu kontaktowego ………………………………………………………….

**WYKSZTAŁCENIE**

1. Tytuł zawodowy .......................................................................................................
2. Nazwa ukończonej szkoły ……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

1. Rok uzyskania dyplomu pielęgniarki, położnej ........................................................
2. Staż pracy w pielęgniarstwie ...................................................................................
3. Prawo wykonywania zawodu nr .......................... data wydania ……………………

Nazwa organu wydającego ……………………………………………………………..

1. Nazwa i adres miejsca zatrudnienia ......................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

1. Stanowisko ..............................................................................................................
2. Ukończone kursy .....................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

1. Tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa …………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

**DANE DO FAKTURY**

1. Nazwa firmy ………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

1. NIP firmy .................................................................................................................
2. Telefon ....................................................................................................................
3. Adres mailowy .........................................................................................................

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. 1997 nr 133 poz. 883. z póź. zm.)

…………………………………………… ……………………………………………

(miejscowość, data) (data i podpis kandydata)

........................................................... …….......................................................

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Organizatora kształcenia)