

CURRICULUM IMPLANTOLOGII 2026

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

imię i nazwisko	
data i miejsce urodzenia	
dokładny adres zamieszkania	
miejsce pracy	
numer telefonu	adres e-mail
rok ukończenia studiów	nazwa uczelni
stopień lub tytuł naukowy	NPWZ
specjalizacja i rok jej ukończenia	
doświadczenie w implantologii	☐ tak ☐ nie
szacunkowa ilość samodzielnie przeprowadzonych zabiegów implantologicznych	
dane do wystawienia FV	

Oświadczam, iż znane mi są zasady uczestnictwa w szkoleniu zamieszczone w regulaminie.

Klauzula informacyjna RODO

Administratorem danych osobowych jest Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne z siedzibą w Katowicach. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zamówienia emisji ogłoszenia reklamowego oraz rozliczeń księgowych, zgodnie z przepisami RODO. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych znajdują się w Polityce prywatności dostępnej na stronie www.psi-icoi.pl

pieczęć	data i miejscowość	własnoręczny podpis

Wypełnione zgłoszenie proszę odesłać mejlem: monika.zmuda@icoi.pl lub tradycyjną pocztą na adres BIURA PSI