

CURRICULUM IMPLANTOLOGII 2.0 5+2
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
edycja

imię i nazwisko

data i miejsce urodzenia

adres zamieszkania

miejsce pracy

tel.

e-mail

adres www

rok ukończenia studiów i nazwa uczelni

stopień lub tytuł naukowy

nr PWZ

specjalizacja, rok jej ukończenia

doświadczenie w implantologii tak nie

członkostwo w PSI od roku

adres korespondencyjny

dane do wystawienia faktury z NIPem

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

Działając na podstawie unijnych przepisów o ochronie danych osobowych – RODO (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.) informujemy iż, administratorem danych osobowych jest Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne z siedzibą w Katowicach przy ul. Dyrekcyjnej 10/1a. Podanie danych osobowych jest niezbędne do wypełniania obowiązków administratora (prowadzenia działalności statutowej Stowarzyszenia).

Pełna polityka prywatności dostępna jest na stronie www.psi-icoi.pl

pieczętka

data, miejscowość

.....
własnoręczny podpis

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