

CURRICULUM IMPLANTOLOGII 2027

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/NIP

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 działań statutowych PSI 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

POLSKIE STOWARZYSZENIE IMPLANTOLOGICZNE
NIP 773-22-79-850 REGON 592261213
40-086 Katowice, ul. Sokolska 9/6
☎ +48 517 724 185, ✉ psi@icoi.pl, 🌐 www.psi-icoi.pl
PKO Bank Polski 77 1020 2313 0000 3802 0598 9415

PSI
Polskie Stowarzyszenie
Implantologiczne