

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.

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. Sokolskiej 9/6. Podanie danych osobowych jest niezbędne do wypełniania obowiązków administratora (prowadzenia działalności statutowej Stowarzyszenia).

Pełna polityka prywatności dostępna jest 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