

**PODSTAWY CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ W LECZENIU  
PRZEDIMPLANTOLOGICZNYM  
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>               |                      |
| imię i nazwisko                    |                      |
| <input type="text"/>               |                      |
| data i miejsce urodzenia           |                      |
| <input type="text"/>               |                      |
| dokładny adres zamieszkania        |                      |
| <input type="text"/>               |                      |
| miejsce pracy                      |                      |
| <input type="text"/>               | <input type="text"/> |
| numer telefonu                     | adres e-mail         |
| <input type="text"/>               | <input type="text"/> |
| rok ukończenia studiów             | nazwa uczelni        |
| <input type="text"/>               | <input type="text"/> |
| stopień lub tytuł naukowy          | NPWZ                 |
| <input type="text"/>               |                      |
| specjalizacja i rok jej ukończenia |                      |
| <input type="text"/>               |                      |
| 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](http://www.psi-icoi.pl)

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| pieczętka            | data i miejscowość   | własnoręczny podpis  |

Wypełnione zgłoszenie proszę odesłać mejlem: [monika.zmuda@icoi.pl](mailto:monika.zmuda@icoi.pl)