

**Kwestionariusz zgłoszeniowy na kurs specjalistyczny  
dla pielęgniarek i położnych  
ORDYNOWANIE LEKÓW I WYPISYWANIE RECEPT (I CZĘŚĆ)**

1. Imię (imiona) i nazwisko: .....
2. Data oraz miejsce urodzenia: .....
- PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Adres zameldowania: .....
4. Adres do korespondencji: .....
5. Nr telefonu: ..... e-mail: .....
6. Dyplom pielęgniarki
  - Rok uzyskania dyplomu: .....
7. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
  - Nr prawa wykonywania zawodu: .....
  - Rok wydania: .....
  - Wydane przez: .....
8. Zakład pracy
  - Nazwa zakładu pracy: .....
  - Adres: .....
  - Zajmowane stanowisko: .....
9. Staż pracy w zawodzie: .....
10. Dane do faktury (jeżeli inne niż powyżej, NIP): .....

*Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis kandydata

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu zgłoszeniowym na potrzeby M&M Centrum Kształcenia Pielęgniarek s.c.*

.....  
podpis kandydata

Do wniosku należy dołączyć:

- kserokopia prawa wykonywania zawodu