

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