

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**  
**do Studium Kształcenia Podyplomowego na Wydziale Farmaceutycznym**  
**Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**

Kurs nr:

Temat kursu:

Termin kursu:

1. Nazwisko i imię, tytuł:

2. Data i miejsce urodzenia:

3. Dokładny adres zamieszkania (wraz z kodem):

4. Nazwa i adres miejsca pracy (wraz z kodem), tel., e-mail:

Województwo:

5. Stanowisko:

6. Nazwa i rok ukończenia uczelni (wydział):

7. Staż pracy zawodowej:

8. Dane do faktury (jeśli jest potrzebna):

Uwaga!!! proszę w danych do faktury podać dokładne dane wraz z numer NIP. Faktury będą wystawiane na podstawie danych z przelewu. Jeżeli przelew będzie pochodził z konta aptecznego bądź firmowego na fakturze będą widniały w/w dane.

Zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. Nr 133/97 poz.833) o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przechowywanie moich danych osobowych w zbiorze studium Kształcenia Podyplomowego na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, jak również ich przetwarzanie. Dane osobowe zbierane są wyłącznie na potrzeby Studium i przetwarzanie ich następuje z zachowaniem wymogów zabezpieczenia danych określonych w przepisach o ochronie danych osobowych. Jednocześnie dysponuję prawem wglądu do swoich danych, poprawiania, żądania zaprzestania przetwarzania danych oraz prawem sprzeciwu, które mogę zgłosić do siedziby Studium.

.....  
(data) (podpis i pieczęć)