

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
UCZESTNICTWA W INTENSYWNYM SZKOLENIU PODSTAWOWYM DLA
DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH REALIZUJĄCYCH PROGRAM
PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

Szczecin, 26.09.-07.10.2016r.

Formularz proszę wypełnić i wysłać pocztą e-mail na adres: w.surma@ o2.pl

W formularzu wysłanym pocztą e-mail nie wymaga się pieczętki i podpisu

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres miejsca zamieszkania:.....
3. Kontakt telefoniczny:.....
4. Adres e-mail.....
5. Miejsce pracy.....
7. Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy patomorfologa sprawującego nadzór merytoryczny w pracowni cytologicznej.....
8. Staż pracy w cytodiagnostyce szyjki macicy:.....
9. Czy pracownia uczestniczy w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Programu na podstawie art.23 ust.1 pkt.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 1997 nr 133, poz.833).

.....

data i podpis