

**KARTA ZGŁOSZENIA NA**  
**warsztaty**  
**UWAGA: PROSZE WYPEŁNIAĆ PISMEM DRUKOWANYM !!!**

Nazwa warsztatów: \_\_\_\_\_  
/ pełna nazwa warsztatów wg harmonogramu /

Organizator: **Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego**

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław,

Tel. 783 371 474, Fax 71 750 30 67,

e-mail: [eckp@eckp.wroclaw.pl](mailto:eckp@eckp.wroclaw.pl)

[www.eckp.wroclaw.pl](http://www.eckp.wroclaw.pl)

**KONTO: 82 1140 2004 0000 3302 6240 8960**

Termin kursu: \_\_\_\_\_

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_, nazwisko rodowe: \_\_\_\_\_

2. Imiona rodziców: \_\_\_\_\_ data i miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_

3. Adres zamieszkania: KOD POCZT. \_\_\_\_\_ MIEJSCOWOŚĆ \_\_\_\_\_ ULICA \_\_\_\_\_

4. Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

5. NIP: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

6. Wykształcenie zawodowe: \_\_\_\_\_  
/ nazwa szkoły, miejscowość, data ukończenia /

7. Numer i data wydania prawa wykonywania zawodu: \_\_\_\_\_

8. Staż pracy zawodowej ogółem: \_\_\_\_\_ 9. Staż pracy zgodny z kierunkiem kursu: \_\_\_\_\_

10. Obecne miejsce pracy: \_\_\_\_\_  
/ nazwa zakładu, adres, telefon /

11. Zajmowane stanowisko : \_\_\_\_\_

12. Odbyte szkolenia podyplomowe: \_\_\_\_\_  
/ nazwa szkolenia, kursu /

13. Opłata za szkolenie zostanie uiszczona:

- a. we własnym zakresie \*
- b. przez pracodawcę w całości \*
- c. przez pracodawcę w części \*
- d. przez sponsora \*

POTWIERDZENIE pracodawcy lub sponsora (w przypadkach b, c lub d):

*Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.*

*Wyrażam zgodę na zbieranie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji procesu kształcenia podyplomowego (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883).*

*Akceptuję warunki regulaminu ECKP oraz zobowiązuję się do ich ścisłego przestrzegania.*

\_\_\_\_\_  
/ miejscowość, data /

\_\_\_\_\_  
/ podpis składającego zgłoszenie /

**UWAGA:** Do zgłoszenia należy dołączyć **zaświadczenie o stażu pracy w zawodzie pielęgniarki / położnej** (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (Dz.U..Nr 197,poz.1923 § 23 ust.2 z 2003r.) oraz **kserokopię prawa wykonywania zawodu**

\* niepotrzebne skreślić