

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
UCZESTNICTWA W SZKOLENIU DLA DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH -  
REALIZUJĄCYCH PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY –  
- SZKOLENIE DLA ZAAWANSOWANYCH**

**Formularz proszę wypełnić i wysłać pocztą e-mail na adres: konferencje@coi.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.....
6. Adres miejsca pracy.....
7. Staż pracy w cytodiagnostyce szyjki macicy:.....
8. Czy pracownia uczestniczy w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy.....
9. Numer prawa wykonywania zawodu: .....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby przeprowadzenia i organizacji szkolenia dla diagnostów laboratoryjnych na podstawie art.23 ust.1 pkt.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz.922).*

*Administratorem danych osobowych jest organizator szkolenia.*

.....  
*data i podpis*