

Ankieta zgłoszeniowa

I KLINICZNY KURS MEDYCYNY SNU - część 1

Tytuł naukowy:

Imię:

Nazwisko:

Specjalizacja:

Członek Polskiego Towarzystwa Badań Snem: TAK/NIE

Miejsce pracy:

Adres do korespondencji:

Adres e-mail:

Telefon:

Podpis

Wypełniając i przysyłając tę ankietę niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów realizacji I Klinicznego Kursu Medycyny Snu - część 1, wystawienia certyfikatów i ewidencji prowadzonych przez Polskie Towarzystwo Badań nad Snem i Narodową Fundację Snu. Przyjmuję do wiadomości swoje prawo do wglądu w dane, ich modyfikacji i usunięcia w sytuacji, kiedy jest to zgodne z przepisami prawa.

Podpis

Bieżące informacje o kursie:

<http://www.nfs.org.pl/index.php/kursy-szkolenia/>