



KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwa kursu:.....

Nazwisko:.....

Imię (Imiona):.....

Nazwisko rodowe:.....

Data i miejsce urodzenia:

Nazwa i numer dokumentu tożsamości :

PESEL:

Narodowość:..... **Obywatelstwo:**.....

Adres zamieszkania:

Ulica Nr domu/mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Gmina..... Powiat..... Województwo

Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica Nr domu/mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Gmina..... Powiat..... Województwo

e-mail:

Telefon komórkowy:

W razie wypadku powiadomić:

Nazwisko i imię:.....

Dokładny adres i numer telefon:.....

Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji, procesu dydaktycznego i administracyjnego stosowanych w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.)

Kłodzko, dnia

.....
podpis