

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii  
10-228 Olsztyn, Al. Wojska Polskiego 37  
tel./fax: (089) 539-80-79  
www.wok.olsztyn.pl

**Karta Zgłoszenia na Wojewódzki Kurs Dokształcający dla Położnych**

**Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Zakresie Pobierania Rozmazów Cytologicznych**

**w Skreeningu Raka Szyjki Macicy**

**Prosimy o wypełnienie karty drukowanymi literami i przesłanie wraz z kserokopią prawa wykonywania zawodu fax-em na nr 089 539 80 79**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko: | | | PESEL: |
| Miejsce pracy: | | | |
| Wykonywany zawód i numer prawa wykonywania zawodu: | | | |
| Adres miejsca  pracy | Miejscowość: | Kod: | |
| Ulica: | Nr: | |
| Adres do  korespondencji | Kod: | Miejscowość: | |
| Ulica, nr: | Nr mieszkania: | |
| E-mail: | | | |
| Telefon kontaktowy: | | Fax: | |

Na podstawie art. 23 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych /Dz.U. z 1997r.

Nr 133, poz. 833/ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Czytelny podpis i data

…….……...…………………………………