

KARTA ZGŁOSZENIA
UCZESTNIKA XIII OGÓLNOPOLSKIEGO KONKURSU

„PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ ROKU 2017”

1. Imię i nazwisko:.....
2. Data urodzenia:.....
3. Adres zamieszkania:.....
.....
4. Telefony kontaktowe:.....
5. Adres e-mail:.....
6. Miejsce pracy:.....
.....
7. Stanowisko:.....
8. Staż pracy w zawodzie:.....
9. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Koło
- Oddział.....
- Tak * od kiedy
- Nie*
10. Działalność na rzecz pielęgniarstwa (przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, itp.) z wyłączeniem obowiązkowej przynależności do samorządu pielęgniarskiego:
- Tak* jaka
- Nie*
- * odpowiedź zaznacz krzyżykiem

podpis i pieczęć przełożonego

podpis i pieczęć
Pielęgniarki Naczelnej / Przełożonej

czytelny podpis kandydata

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatorów konkursu pod nazwą „Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku 2017” **i tylko na cele w/w konkursu** (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

* niepotrzebne skreślić

miejscowość, data

czytelny podpis kandydata