

PŘIHLÁŠKA DO CERTIFIKOVANÉHO KURZU

Název kurzu
Péče o pacienta s implantovaným podkožním portem

Osobní údaje			
Titul, jméno a příjmení			
Datum a místo narození			
Státní příslušnost			
Kontaktní údaje			
Adresa bydliště (trvalé)			
Adresa bydliště (kontaktní)			
E-mail		Telefon	
Dosažené vzdělání			
Odborná způsobilost			
Škola / fakulta			
Rok ukončení			
Specializovaná způsobilost			
Škola / fakulta			
Rok ukončení			
Údaje pro daňový doklad - plátce			
<input type="radio"/> zaměstnavatel		<input type="radio"/> samoplátce	
Zaměstnavatel			
Název			
Adresa			
IČO		DIČ:	
Pracoviště			
Pracovní zařazení			
Délka praxe ve zdr. zařízení			

K přihlášce přiložte prostou kopii dokladu o dosaženém odborném vzdělání a potvrzení délky praxe ve zdravotnickém zařízení. Závažnou přihlášku zašlete na adresu uvedenou v záhlaví formuláře - Oddělení vzdělávání, případně e-mailem na adresu vzdelavani@bulovka.cz

Zpracování osobních údajů Zpracovatelem bude probíhat v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. O zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochranné fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále GDPR).

V dne

Podpis