

Formularz uczestnictwa w szkoleniach

Prośba o przysłanie na adres mailowy drmarusza@drmarusdza.pl podpisanego skanu zgłoszenia uczestnika kursu.

Potwierdzam udział w następujących szkoleniach: (Proszę napisać tak lub nie i podać datę)

Cykl I

Data szkolenia:

Cykl II

Data szkolenia:

Cykl III

Data szkolenia:

Cykl IV

Data szkolenia:

Imię

Nazwisko

Pesel:

Tel:

Email:

Nr prawa wykonywania zawodu w Polsce:

Jeśli jest to: Nr prawa wykonywania zawodu w Kraju UE:

W przypadku studentów nr indeksu:

Dla lekarzy i stomatologów

Specjalizacje:

Miejsce wykonywania zawodu (miasto)

Dane do faktury:

Nazwa firmy:

Adres firmy:

Ul.:

Miasto:

Kod:

NIP:

Jestem zaszczepiony przeciwko COVID 19. Proszę napisać Tak lub Nie

Przebyłem Covid 19. Proszę napisać Tak lub Nie

Jeśli tak, to kiedy:

Oświadczam, iż zapoznałam/łem się ze: Szczegółowym Programem Kursu; Regulaminem Opłat; Regulaminem kursu i akceptuję je bez zastrzeżeń.

Data i czytelny podpis uczestnika kursu