



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE:

Szkolenie pracowników administracyjnych i zarządzających szpitali w zakresie efektywnego zarządzania aparaturą medyczną gwarantującego wysoką jakość usług oraz efektywność ekonomiczną placówki medycznej.

- zakres danych zgodny z załącznikiem nr I do Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. z 2013 r. L 347/470).

Wyrażam zgodę na uczestnictwo Pani/a

w szkoleniu realizowanym w ramach projektu: „Szkolenie pracowników administracyjnych i zarządzających szpitali w zakresie efektywnego zarządzania aparaturą medyczną gwarantującego wysoką jakość usług oraz efektywność ekonomiczną placówki medycznej”

Regulamin szkolenia na stronie internetowej mmpoland.pl

Podpis i pieczęć imienna przełożonego

Pieczęć placówki medycznej

OŚWIADCZENIE:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
2. Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności.
3. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że ww. projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Potwierdzam, że zapoznałem /am się z Regulaminem uczestnictwa w szkoleniu .

Data

Podpis osoby zgłaszającej się

Nazwa placówki medycznej

Oryginał zgłoszenia proszę przesłać na adres:

MM Poland Maszyny Standardy Sp. z o.o.
ul. Krzywickiego 34, 02-078 Warszawa

kontakt e-mail: szkolenia@mmpoland.pl ; tel. / fax 22 6210296

Zgłoszenie udziału w :

„Szkoleniu pracowników administracyjnych i zarządzających szpitali w zakresie efektywnego zarządzania aparaturą medyczną gwarantującego wysoką jakość usług oraz efektywność ekonomiczną placówki medycznej”,
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.”

Miejsce i data szkolenia**DANE OSOBOWE I DANE ADRESOWE UCZESTNIKA SZKOLENIA**

1	Imię	<input type="text"/>
2	Nazwisko	<input type="text"/>
3	PESEL	<input type="text"/>
4	Wykształcenie	<input type="text"/>
5	Województwo	<input type="text"/>
6	Powiat	<input type="text"/>
7	Gmina	<input type="text"/>
8	Miejscowość zamieszkania	<input type="text"/>
9	Kod pocztowy	<input type="text"/> - <input type="text"/>
10	Ulica	<input type="text"/>
11	Numer budynku	<input type="text"/>
12	Numer lokalu	- <input type="text"/>
13	Telefon kontaktowy	<input type="text"/>
14	Adres e-mail	<input type="text"/>

DANE ADRESOWE PLACÓWKI ZGŁASZAJĄCEJ

15	Nazwa pracodawcy – placówka zgłaszająca (Zgodnie z umową o pracę, zlecenie, dzieło)	<input type="text"/>
16	Zajmowane stanowisko	<input type="text"/>
17	Miejscowość	<input type="text"/>
18	Ulica	<input type="text"/>
19	Numer budynku	<input type="text"/>
20	Numer lokalu	<input type="text"/>
21	Kod pocztowy	<input type="text"/> - <input type="text"/>
22	Telefon służbowy	<input type="text"/>

