



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY STUDIA PODYPLOMOWE

Kierunek:

rok akademicki 2018/2019

1. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA:

PŁEĆ K M WIEK _____

NAZWISKO _____ IMIĘ (IMIONA) _____

DATA I MIEJSCE URODZENIA _____ WOJEWÓDZTWO _____

PESEL _____ SERIA I NR DOWODU _____

ADRES ZAMELDOWANIA _____

NR LOKALU/DOMU KOD POCZTOWY _____ MIEJSCOWOŚĆ _____

ADRES DO KORESPONDENCJI _____

NR LOKALU/DOMU KOD POCZTOWY _____ MIEJSCOWOŚĆ _____

TELEFON KONTAKTOWY _____

ADRES E-MAIL _____

2. WYKSZTAŁCENIE:

NAZWA UCZELNII _____

KIERUNEK _____

3. ZATRUDNIENIE

AKTYWNY ZAWODOWO

NIEAKTYWNY ZAWODOWO

NAZWA FIRMY _____

STANOWISKO _____



MAZOWIECKA UCZELNIA MEDYCZNA w WARSZAWIE

4. FAKTURA:

Proszę o wystawienie faktury na:

IMIĘ I NAZWISKO (lub nazwa firmy): _____

NIP: _____

DOKŁADNY ADRES: _____

5. OŚWIADCZENIE W SPRAWIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji przez Mazowiecką Uczelnię Medyczną z siedzibą w Warszawie ul. Rydygiera 8, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119).

Data i podpis kandydata

DATA ZŁOŻENIA DOKUMENTÓW: _____

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie

ul. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa

Dziewkanat 662- 215-628 dziewkanat@mum.edu.pl Kwestura 662-215-734 kwestura@mum.edu.pl
www.mum.edu.pl