



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
STUDIA PODYPLOMOWE  
OSTEOPATIA**

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

#### ***Konto do wpłat za studia podyplomowe***

Mazowiecka Uczelnia Medyczna ul. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa

BANK MILLENIUM S.A. 81 1160 2202 0000 0003 2965 1130

W tytule przelewu prosimy o podanie imienia i nazwiska uczestnika, oraz nazwy studiów podyplomowych

DATA ZŁOŻENIA DOKUMENTÓW: \_\_\_\_\_

**Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie**

ul. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa

Dziewkanat 662-215-628 [dziewkanat@mum.edu.pl](mailto:dziewkanat@mum.edu.pl) Kwestura 662-215-734 [kwestura@mum.edu.pl](mailto:kwestura@mum.edu.pl)

[www.mum.edu.pl](http://www.mum.edu.pl)