

**KARTA ZGŁOSZENIA NA KURS EMG
DLA LEKARZY**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie na „Kurs podstawowy w zakresie elektromiografii” według wariantu B - łączonego (2,5 miesięczne szkolenie praktyczne) zatwierdzonego przez Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej (uchwała ZG PTNK z dnia 17.06.2011 r.) organizowany przez akredytowany Ośrodek Szkolący PTNK: Pracownię Elektromiografii i Elektroneurografii Ortopedyczno - Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Imię	
Nazwisko	
Nazwa i rok ukończenia Uczelni Specjalizacja	
Adres	
Adres korespondencyjny	
Telefon	
E-mail	
Instytucja: nazwa adres telefon e-mail	

.....
Data

.....
Podpis lekarza
(skan podpisu jest wystarczający)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w karcie zgłoszenia na kurs organizowany przez Ortopedyczno - Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997, Nr 133, poz. 883).

Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za ww. kurs w wysokości **16000,00 zł (brutto)** na poniższe konto bankowe Ortopedyczno - Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu:

PKO BP SA I Oddział/Poznań PL 06 1130 1088 0001 3005 4720 0001

w terminie dwóch tygodni przed rozpoczęciem ustalonego z Organizatorem terminu odbycia kursu. Wpłata ww. kwoty jest jednocześnie potwierdzeniem przyjęcia na kurs (pod warunkiem zawarcia umowy) *.

W przypadku odwołania odbycia kursu, przez Osobę zgłaszającą się na kurs, zwrot wpłaconej kwoty nastąpi: po potrąceniu 10 % - w przypadku odwołania w terminie do 7 dni przed rozpoczęciem kursu lub po potrąceniu 30 % - w przypadku odwołania w terminie z przekroczeniem 7 dni przed rozpoczęciem kursu.

W przypadku odwołania kursu z przyczyn losowych przez Organizatora kursu, wpłacona kwota zostanie zwrócona w całości.

Po stronie Organizatora kursu nie leżą koszty zakwaterowania i pobytu w Ośrodku Szkolącym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w karcie zgłoszenia na kurs organizowany przez Ortopedyczno - Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997, Nr 133, poz. 883).

* - po przyjęciu na kurs zostanie podpisana umowa pomiędzy Dyrektorem Ortopedyczno - Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, a Kursantem.

.....
Data

.....
Podpis Kursanta