

**KARTA ZGŁOSZENIA  
NA KURS PRAKTYCZNY NEUROFIZJOLOGII KLINICZNEJ  
DLA TECHNIKÓW**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie na „Kurs podstawowy w zakresie neurofizjologii klinicznej” (1 miesięczne szkolenie praktyczne EMG, ENG) zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej organizowany przez akredytowany Ośrodek Szkolący PTNK: Pracownię Elektromiografii i Elektroneurografii Ortopedyczno - Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| <b>Imię</b>                                                   |  |
| <b>Nazwisko</b>                                               |  |
| <b>Nazwa i rok ukończenia<br/>Uczelni<br/>Zawód medyczny</b>  |  |
| <b>Adres</b>                                                  |  |
| <b>Adres korespondencyjny</b>                                 |  |
| <b>Telefon</b>                                                |  |
| <b>E-mail</b>                                                 |  |
| <b>Instytucja:<br/>nazwa<br/>adres<br/>telefon<br/>e-mail</b> |  |

.....  
Data

.....  
Podpis  
(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 **10000,00 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