

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

1. Imię (imiona):; Nazwisko		
Nazwisko rodowe.....		
2. Data urodzenia-.....-..... (dzień / miesiąc / rok) (miejsce urodzenia) (województwo)		
3. Obywatelstwo	4. Nr ewid. (PESEL) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
5. Adres zameldowania (ulica) (nr domu, mieszkania)		
..... (kod pocztowy) (miejsowość, gmina) (telefon, e-mail)		
Adres do korespondencji (ulica) (nr domu, mieszkania)		
..... (kod pocztowy) (miejsowość, gmina)		
6. Wykształcenie (nazwa uczelni)		
..... (wydział) (kierunek) (specjalność)		
Tytuł zawodowy (licencjat, inżynier, magister) (rok ukończenia studiów)		
PWZ		
7. Przebieg kariery zawodowej dokumentujący doświadczenie w tematyce studiów podyplomowych, kursu dokształcającego lub szkolenia		

Okres	Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko

8. Dane niezbędne do wystawienia faktury*

Nazwa odbiorcy.....

Adres.....
.....

Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Gdański Uniwersytet Medyczny do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

Dnia, Podpis**

* wypełniają osoby delegowane na studia przez pracodawców lub ubiegające się o imienną fakturę

** w przypadku: imiennej faktury – podpis uczestnika; jeśli finansuje zakład pracy – pieczęć i podpis osoby reprezentującej zakład pracy

9. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1, 2, 3 i 4 są zgodne z danymi z dowodu osobistego

seria i numer dowodu: wydany przez:

..... W

albo innym dokumentem tożsamości

.....

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą: 80-210 Gdańsk, M. Skłodowskiej-Curie 3a, obejmujących informacje niezbędne do realizacji procesu rekrutacji i organizacji zajęć studiów podyplomowych, kursów dokształcających oraz szkoleń, zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych. Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przyjmuję do wiadomości, że zgoda może być odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie do Inspektora Ochrony Danych w GUMed, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystania danych przed cofnięciem takiej zgody.

Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z klauzulą informacyjną i wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Uczelnię, obejmujących informacje niezbędne do realizacji umowy, zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych. Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne. Uczestnik przyjmuje do wiadomości, że zgoda może być przez niego odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie do Inspektora Ochrony Danych, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystania danych przed cofnięciem takiej zgody.

Niniejszym potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych, zamieszczonych w Formularzu Zgłoszeniowym

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata)