

**Biuro Oddziału Kształcenia Podyplomowego
Wydziału Farmaceutycznego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Muszyńskiego 1
90-151 Łódź**

ZGŁOSZENIE NA KURS ORGANIZOWANYM W RAMACH KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO.

Temat kursu:

Symbol kursu:

Termin:

1.Imię (imiona) i nazwisko:.....

2.Posiadany stopień naukowy:.....

3.Data i miejsce urodzenia:.....

4.Numer PESEL:.....

5.Adres mailowy:.....

6.Miejsce zamieszkania:

kod:.....miejscowość:.....

ulica:..... nr:.....

telefon domowy:.....

7.Adres do korespondencji:

kod:..... miejscowość:.....

ulica:..... nr:.....

telefon:.....

8.Miejsce pracy:.....

kod:..... miejscowość:.....

ulica:..... nr:.....

telefon służbowy:.....

Podstawą do wystawienia faktury jest dowód wpłaty. Prawidłowo wypełniony dowód wpłaty powinien zawierać:
w przypadku podmiotu gospodarczego – w tytule przelewu nr NIP, symbol kursu oraz nazwisko uczestnika.
W przypadku osób fizycznych: w tytule przelewu symbol kursu oraz dopisek FAKTURA.
W przypadku kiedy osoba fizyczna chce fakturę na podmiot gospodarczy – w tytule przelewu pełne dane firmy z nr NIP

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych przez Biuro Oddziału Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego w Łodzi. Dane wykorzystywane będą przez pracowników BOKPWF w sprawach związanych z kształceniem podyplomowym, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r.(Dz. U. z 1997, Nr 133, poz.883, z p. zm)

Data:

Podpis:.....