

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE W ZAKRESIE OCHRONY
RADIOLOGICZNEJ PACJENTA**

Imię i Nazwisko	
Stanowisko/specjalizacja	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Seria i numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania	
Dane do Faktury*	

* dla osób wykonujących świadczenia medyczne na podstawie umowy cywilno prawnej