



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Warszawska Uczelnia Medyczna im. Tadeusza Koźłuka  
projekt  
Warszawska Uczelnia Medyczna to uczelnia równych szans

Program operacyjny POWR.00.00.00. Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój  
Oś priorytetowa POWR.03.00.00. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju  
Działanie POWR.03.05.00. Kompleksowe programy szkół wyższych

Imię i nazwisko.....

Jednostka.....

Funkcja.....

e-mail.....

telefon:.....

Szkolenie:.....

.....

Opis wykonywanych zadań związanych tematycznie z wybranym szkoleniem

.....

.....

.....

.....

.....

PODPIS Kandydatki/Kandydata

PODPIS i PIECZĘĆ Przełożonego





## KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Państwa danych przetwarzanych jest Warszawska Uczelnia Medyczna im. Tadeusza Koźłuka, Ulica: Bobrowiecka 9, 00-728, Warszawa, telefon: 225592205, e-mail: [rektorat@wumed.pl](mailto:rektorat@wumed.pl), www: [www.wumed.edu.pl](http://www.wumed.edu.pl).

Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych, do jakich zobowiązana jest Uczelnia w ramach swej statutowej działalności oraz realizowanego projektu „Warszawska Uczelnia Medyczna to uczelnia równych szans”.

.....  
Podpis Kandydatki/Kandydata

