



**WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA KURS
TERAPEUTA/DORADCA MEDYCYNY NATURALNEJ**

Niniejszym wnoszę o przyjęcie na Kurs w roku akademickim 2017/2018

Imię:

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy miejscowość....., ulica.....

województwo.....

Tel. kontaktowy

Adres e-mail

Adres do korespondencji, jeśli inny niż adres zamieszkania

.....

Jestem lekarzem*

Nie jestem lekarzem*

* Właściwe zakreślić

ZAZNACZENIE PÓL OBOWIĄZKOWE:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Przyjaciół św. Hildegardy w zakresie i celu niezbędnym do uczestnictwa w Kursie oraz dla celów statystycznych

Zapoznałem się z Regulaminem, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania

ZGODY FAKULTATYWNE (nie warunkują korzystania z usługi głównej):

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym dotyczących planowanych przez Towarzystwo kursów, szkoleń, sympozjów czy kongresów - za pomocą poczty elektronicznej.

....., dn.

/miejsowość/

.....

/podpis kandydata/

Wniosek należy przesać na adres: b.ciosek@hildegarda.edu.pl