

nr listy						
----------	--	--	--	--	--	--

UWAGA! Wypełniać białe pola pismem drukowanym

KARTA ZGŁOSZENIA DO MAŁOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKO – WETERYNARYJNEJ w Tarnowie

<p style="text-align: center;">numer prawa wykonywania zawodu</p> <p style="text-align: center;">..... nadaje okręgowa izba lek. - wet.</p>	<p style="text-align: center;">wpis do rejestru izby lekarsko-weterynaryjnej</p> <p style="text-align: center;">..... dzień– miesiąc - rok nr uchwały</p>
--	---

1. NAZWISKO																	
2. NAZWISKO RODOWE																	
3. IMIONA																	
4. IMIONA RODZICÓW (ojca i matki)																	
5. MIEJSCE URODZENIA																	
6. DATA URODZENIA (rok-miesiąc-dzień)																	
7. PESEL							8. NIP										
9. NARODOWOŚĆ							OBYWATELSTWO										
10. DOKUMENT TOŻSAMOŚCI (nazwa)																	
numer																	
data wydania i data ważności			-			-			-			-					
nazwa organu wydającego																	
11. DYPLOM																	
data uzyskania i numer			-			-			nr								
nazwa uczelni																	
12. POSIADANY STOPIEŃ NAUKOWY																	
data uzyskania i numer			-			-			nr								
nazwa																	
13. SPECJALIZACJA*																	
data uzyskania i numer dyplomu																	
nazwa																	
14. RODZAJ PROWADZONEJ DZIAŁALNO																	
stanowisko pracy/funkcja /funkcja																	
miejsce pracy																	
15. ADRES ZAMIESZKANIA / ZAMELDOWANIA																	
Województwo							Powiat										
Miejscowość							kod pocztowy										
Ulica							nr domu					nr lokalu					
Nr telefonu							tel. komórkowy										
16. ADRES KORESPONDENCYJNY (jeśli inny niż w p.15)																	
Województwo							Powiat										
Miejscowość							kod pocztowy										
Ulica							nr domu					nr lokalu					
Nr telefonu							tel. komórkowy										
Adres poczty elektronicznej (e-mail)																	
17. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH																	
Język									Stopień znajomości								
18. WYKSZTAŁCENIE DODATKOWE/STUDIA/STUDIA PODYPLOMOWE/KURSY*																	

19. DZIAŁALNOŚĆ W SAMORZĄDZIE LEK. – WET / DZIAŁALNOŚĆ SPOŁECZNA*																																								

Zobowiązuję się do uaktualniania danych w terminie do 30 dni od zaistniałej zmiany.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu przez Małopolską Izbę Lekarsko – Weterynaryjną oraz Krajową Izbę Lekarsko – Weterynaryjną zgodnie z art. 23 ust. 1-4 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Miejscowość i data

czytelny podpis

* dodatkowe informacje proszę wpisać do załącznik