



2019-xx-xx

Nazwa Szpitala

Lista obecności uczestników szkolenia realizowanego

w ramach zadania Programu Wieloletniego na lata 2011-2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”:
wdrożenie Programu Szkoleniowego na zasadach ETPOD.

Oświadczam, że poprzez złożenie podpisu poniżej wyrażam także zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów realizacji, sprawozdania i rozliczenia ww. zadania, zgodnie z zapisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - RODO

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika szkolenia - proszę wypełnić komputerowo lub drukowanymi literami	Czytelny podpis
1		
2		
3		
4		
5		
...		

Data szkolenia:

Miejscowość: