

2017-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 rozliczania ww. zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.)

Lp.	Uczestnik szkolenia-imię i nazwisko przeszkolonego	Czytelny podpis
1		
2		
3		
4		

5		

Data:

Miejscowość: