

Formularz zgłoszeniowy kandydatur na  
"Twój sądecki lekarz rodzinny" i "Przychodnia zdrowia (POZ) przyjazna pacjentowi"

**Twój sądecki lekarz rodzinny**

Imię i nazwisko: .....

Miejsce pracy: .....

Uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

.....

**Przychodnia zdrowia (POZ) przyjazna pacjentowi**

Nazwa: .....

Adres: .....

Uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

.....

**Zgłaszający**

Imię i nazwisko: .....

E-mail: .....

Telefon: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)