**WNIOSEK O ZATWIERDZENIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

**RATOWNIKA MEDYCZNEGO/DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO**\*

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………

Numer karty doskonalenia:……………………………………………………………………..

Adres do korespondencji:……………………………………………………………………….

Email:……………………………………………………………………………………………

Telefon:………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz zapoznałam/zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik nr 4 (Poradnik Klienta na BIP oraz www.gov.pl/web/uw-mazowiecki)** **......................................... …………………………………………….** **(data) (podpis wnioskodawcy)** |