



ZGŁOSZENIE NA KURS DLA KANDYDATÓW NA ASYSTENTÓW ¹

imię		
nazwisko		
e-mail		
telefon		
oddział macierzysty		
rok przyjęcia do ZKwP		
planuję przystąpić do egzaminu asystenckiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> JESZCZE NIE WIEM	
wybrana specjalność	<input type="checkbox"/> WYSTAWOWA jaka?	<input type="checkbox"/> UŻYTKOWA jaka?

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

.....
data

.....
podpis

UWAGI ORGANIZATORA KURSU

--

¹ proszę wypełnić wielkimi literami