

Załącznik nr 4 do Regulaminu organizacyjnego Projektu  
pn. Bracki program rehabilitacji pacjentów z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

pn. Bracki program rehabilitacji pacjentów z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego

### W ZAKRESIE SZKOLEŃ KADRY MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... płeć:  Kobieta  Mężczyzna

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania (ulica, numer): .....

Kod pocztowy i miejscowość: ..... województwo: .....

Telefon: ..... i / lub adres e-mail: .....

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

Jestem lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii, neurologii, lekarzem odbywającym specjalizację w ww. dziedzinach lub fizjoterapeutą.	TAK	NIE
Jestem zatrudniona /-y na terenie województwa śląskiego.	TAK	NIE

Oświadczam, iż:

- zapoznałam / -em się z Regulaminem organizacyjnym Projektu i w pełni go akceptuję.
- podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS