

Podanie

Proszę o przyjęcie na kwalifikacyjny kurs zawodowy:
nazwa kwalifikacji

Formularz osobowy	
PESEL	
Imiona	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
e-mail: tel.:	
Adres	
Ulica, nr domu, nr mieszkania	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Wykształcenie	

Wymagane dokumenty

- kserokopia dowodu tożsamości (do wglądu)
- 2 zdjęcia
- świadectwo ukończenia szkoły ponadpodstawowej (gimnazjum/szkoła ponadgimnazjalna)
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kształcenia w określonym zawodzie

Stargard Szczeciński, dnia

.....
(podpis kandydata)

Deklaracja płatności

Ja niżej podpisany(a) zobowiązuję się do wniesienia opłaty za kwalifikacyjny kurs zawodowy w kwocie zł, podzielonej na miesięczne raty w wysokości zł, płatne do 10-go danego miesiąca na nr konta bankowego Collegium Medycznego Medica: MBank: 52 1140 2017 0000 4802 1041 8384

Stargard, dnia

.....
(podpis kandydata)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych kandydata w celach rekrutacyjnych i związanych z prowadzeniem dokumentacji przebiegu nauczania zgodnie z ustawą z dnia 29. 08. 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883)

Stargard, dnia

.....
(podpis kandydata)