Wyższa Szkoła Medyczna
w Białymstoku
15-875 Białystok, ul. Krakowska 9,
tel. 085 / 7499430, fax 085/ 7499431

REKTOR
Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Data wpływu: .....
Nr na liście kandydatów.....

K**	**M****

** skreślić odpowiednio:
kobieta/mężczyzna

PODANIE

Proszę o przyjęcie na studia podyplomowe :

Specjalność: .....

KANDYDAT:

1. Nazwisko:

   Imiona:

2. Data i miejsce urodzenia:
   Dzień m-c rok miejsce

   Województwo *Kraj*

3. Imiona rodziców .....nazwisko panieńskie matki .....
4. Nazwisko panieńskie (u mężatek) .....
5. Adres stałego zameldowania : miejscowość..... kod.....
   ulica..... nr ..... województwo .....
   nr kierunkowy: ..... nr tel. dom:.....
   nr tel. praca: ..... fax:.....
   e-mail: ..... tel. kom: .....
6. Adres do korespondencji .....
   .....
7. *Seria i nr Dowodu Osobistego*

8. *PESEL* *NIP*

9. Pracuję – pracowałe(a)m* zawodowo w: .....
10. Ukończyłe(a)m szkołę wyższą, nazwa uczelni: .....
    Miejscowość: ..... pow. /woj. .....
    Rok ukończenia: ..... nr dyplomu: .....
11. Do podania załączam:
    a) odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych
    b) 2 zdjęcia
    c) wypis z dowodu osobistego
    d) odpis aktu małżeństwa u mężatek, o ile nazwisko na dyplomie i obecnie używane są różne
    e) poświadczenie wniesienia opłaty rekrutacyjnej .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej aplikacji dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych; Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

** niepotrzebne skreślić*

.....
DATA I PODPIS