



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**STUDIA PODYPLOMOWE FIZJOTERAPIA W SPORCIE**  
**ROK AKADEMICKI 2022/2023**

wszystkie pola są obowiązkowe

**1. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA**

PŁEĆ            K  M

NAZWISKO \_\_\_\_\_ IMIĘ (IMIONA) \_\_\_\_\_

DATA I MIEJSCE URODZENIA \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO \_\_\_\_\_

ADRES ZAMELDOWANIA            UL. \_\_\_\_\_

KOD POCZTOWY \_\_\_\_\_ MIEJSCOWOŚĆ \_\_\_\_\_

TELEFON KONTAKTOWY \_\_\_\_\_ ADRES EMAIL \_\_\_\_\_

**2. WYKSZTAŁCENIE**

NAZWA UCZELNI \_\_\_\_\_

KIERUNEK \_\_\_\_\_

**3. INFORMACJE DOTYCZĄCE PŁATNOŚCI**

DANE INDYWIDUALNE  DANE FIRMY

IMIĘ NAZWISKO / NAZWA FIRMY \_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_

ADRES \_\_\_\_\_

**4. WYBÓR FORMY PŁATNOŚCI W ROKU AKADEMICKIM 2022/23**

1 x 6000 PLN\*

2 x 3200 PLN \*

\*Opłata rekrutacyjna w wysokości 200 zł jest wliczana na poczet czesnego i nie jest zwracana w przypadku rezygnacji.

Konto do wpłat za studia podyplomowe Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie ul. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa

BANK MILLENIUM S.A. 42 1160 2202 0000 0004 6191 5018

W tytule przelewu prosimy o podanie imienia i nazwiska kandydata na studia podyplomowe fizjoterapia w sporcie

OŚWIADCZENIE W SPRAWIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji przez Mazowiecką Uczelnię Medyczną z siedzibą w Warszawie, ul. Rydygiera 8, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia Parlamentu Rady Europejskiej (UE) o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. U. UE L. z 2016r. nr 119)

DATA ZGŁOSZENIA \_\_\_\_\_ PODPIS KANDYDATA \_\_\_\_\_