

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Imię / imiona / i nazwisko.....

PESEL.....NIP.....

Data i miejsce urodzenia

Liczba publikacji/ w druku

Miejsce pracy

.....

.....

Miejsce wykonywania pracy doktorskiej:

.....

.....

Czy Pani / Pan jest pracownikiem WUM TAK / NIE

Czy Pani / Pan jest pracownikiem kliniki / zakładu WUM
zatrudnionym na etacie szpitalnym TAK / NIE

lub rezydenta TAK / NIE

Czy Pani / Pan jest lub była/był słuchaczem studiów doktoranckich WUM TAK / NIE
/rok studiów lub data zakończenia/

.....

Adres do korespondencji.....

.....

e-mail

Telefony kontaktowe: *praca*.....

dom

komórkowy.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia przewodu doktorskiego zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Nr 133 poz. 883) z późn. zm.

Warszawa, dnia

.....

podpis Doktoranta