



FORMULARZ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

JESTEM ZAINTERESOWANA BEZPŁATNYM BADANIEM:
(prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź)

Cytologicznym (w ramach projektu „Profilaktyka raka szyjki macicy szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego”)

DANE UCZESTNIKA*:
(proszę wypełnić wyraźnie, drukowanymi literami)

Imię i nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

(ulica, nr budynku/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Telefon kontaktowy:

(w celu umówienia na badania przez konsultanta)

Adres e-mail:

(w celu przesłania informacji dot. badania)

Nazwa zakładu pracy:

* Jeżeli powyższe dane zostały poprawnie uzupełnione i spełnia Pani warunki uczestnictwa w projekcie, wówczas skontaktuje się z Panią nasz konsultant w celu omówienia szczegółów.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. z siedzibą w 80-803 Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 1-6, działającym zgodnie z wpisem do KRS pod numerem KRS 0000478705, NIP 583-316-22-78, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2014, poz. 1182).

.....
data

.....
podpis Uczestnika