



## ZGŁOSZENIE NA KURS DLA KANDYDATÓW NA ASYSTENTÓW \*

Imię		
Nazwisko		
e-mail		
Telefon		
Oddział macierzysty		
Rok przyjęcia do ZKwP		
Planuję przystąpić do egzaminu asystenckiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> JESZCZE NIE WIEM	
Wybrana specjalność	<input type="checkbox"/> WYSTAWOWA	<input type="checkbox"/> UŻYTKOWA
	Jaka?	Jaka?

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

.....

data

.....

podpis

### UWAGI ORGANIZATORA KURSU

--

\*proszę wypełnić wielkimi literami