



OSTEOPATHIC MEDICINE FICO-MUM

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
STUDIA PODYPLOMOWE MEDYCYNA OSTEOPATYCZNA
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 _____

STATUS ABSOLWENT STUDENT

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 13 900 PLN [termin płatności: do 10.10.2022]

2 x 6 950 PLN [termin płatności: I rata do 10.10.2022; II rata do 10.02.2023]

10 x 1 390 PLN [termin płatności: rata I oraz II do 10.10.2022; raty III-X do 10-tego dnia kolejnego miesiąca]

Warunkiem dopuszczenia do sesji egzaminacyjnej jest terminowe opłacanie czesnego

Kod rabatowy (jeżeli dotyczy): _____

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

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 _____