

Formularz zgłoszeniowy do Klubu 35 – edycja 2017-2018

1. Nazwisko i imię

.....

2. Data urodzenia

.....

3. Telefon (z numerem kierunkowym)

.....

4. Telefon komórkowy

.....

5. Adres e-mail

.....

6. Adres obecnego miejsca pracy i zajmowane stanowisko

.....

.....

.....

.....

7. Kierownik miejsca pracy

.....

.....

.....

8. Wykształcenie (w tym rok uzyskania dyplomu)

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie w Formularzu zgłoszeniowym moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) przez AbbVie Polska sp. z o.o. dla celów związanych z moim udziałem w programie edukacyjnym Klub 35. Wiem o prawie dostępu do swoich danych oraz do ich poprawiania.

Podpis, data

.....

Wypełniony formularz proszę przesłać do dnia 12 marca 2017 pocztą lub e-mailem na adres:

Jarosław Boczarowski
AbbVie Polska Sp. z o.o.
Dział Medyczny
Ul. Postępu 21 B
02-676 Warszawa
e-mail: jaroslaw.boczarski@abbvie.com
tel. kom. 663-990-158