1. Nazwisko i imiona .....
2. Data urodzenia .....
3. Telefon (z numerem kierunkowym) .....
4. Telefon komórkowy.....
5. E-mail.....
6. Adres obecnego miejsca pracy i zajmowane stanowisko .....
.....
.....
.....
.....
7. Kierownik miejsca pracy .....
8. Wykształcenie (rok uzyskania dyplomu).....
.....
9. Specjalizacja medyczna (rok uzyskania) .....
.....
10. Stopień naukowy (rok uzyskania).....
.....
11. Podsumowanie dotychczasowych osiągnięć naukowych (publikacje, doniesienia zjazdowe, prowadzone projekty badawcze, staże naukowe)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....

Kwestionariusz należy przesłać pocztą lub e-mailem na adres:

Róża Borecka
AbbVie Polska Sp. z o.o.
Dział Medyczny
Ul. Postępu 21 B
02-676Warszawa
Tel. 48 22 372 7815
Tel. kom. 00 48 695610089
e-mail roza.borecka@abbvie.com