



Formularz przystąpienia do inicjatywy

Ogólnopolska Izba Zaawansowanej Praktyki
Pielęgniarskiej (OIZPP)

DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE:

Imię i nazwisko:

Numer PWZ:

Adres e-mail:

Telefon kontaktowy:

Miejsce pracy (nazwa placówki):

Specjalizacja / obszar praktyki:

OŚWIADCZENIA:

☐ Oświadczam, że jestem pielęgniarką/pielęgniarem i wyrażam chęć uczestnictwa w inicjatywie Ogólnopolskiej Izby Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej.

☐ Deklaruję poparcie dla idei: dobrowolności przynależności, autonomii zawodowej i odpowiedzialności merytorycznej.

☐ Wyrażam zgodę na kontakt mailowy i/lub telefoniczny w związku z działaniami inicjatywy.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby organizacyjne OIZPP zgodnie z RODO.

Data:

Podpis czytelny: