**Formularz zgłoszeniowy do projektu „Akademia FORMEDIS”**

**Imię i nazwisko:** …………………… **E-mail:** …………………… **Telefon:** ……………………  
**Uczelnia, kierunek i rok studiów:** ……………………………………………………..

**Rok urodzenia:** ………….

*Odpowiedzi na poniższe pytania wraz załączonym CV oraz zgodą na przetwarzanie danych osobowych prosimy przesyłać do ……………….na adres e-mail:* [***promocja@ump.edu.pl***](mailto:promocja@ump.edu.pl)

1. Dlaczego chcesz wziąć udział w Akademii FORMEDIS?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dlaczego wiążesz swoją przyszłość zawodową z ochroną zdrowia? Jak widzisz swoją rolę w tym obszarze zawodowym?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wysłanie zgłoszenia jest równoznaczne z akceptacją warunków regulaminu projektu.