Załącznik do Regulaminu Nagrody im. Szpitala Ujazdowskiego

Warszawa…………………….

**DYREKTOR**

**WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO**

**04-141 Warszawa ul. Szaserów 128**

**FORMULARZ**

**ZGŁOSZENIA DO NAGRODY IM. SZPITALA UJAZDOWSKIEGO**

**I. Informacje dotyczące Osoby Zgłaszanej:**

1. **Dane Osoby Zgłaszanej**

Imię, nazwisko, rok urodzenia, zawód:

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania i telefon:

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Charakterystyka działalności Osoby Zgłaszanej**

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Opis nie powinien przekraczać 1200 znaków ze spacjami.

1. **Uzasadnienie**

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Opis nie powinien przekraczać 1200 znaków ze spacjami.

**II. Dane Osoby Zgłaszającej**

1. Imię i nazwisko/nazwa (w przypadku instytucji):

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Adres zamieszkania/siedziby (w przypadku instytucji):

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**III. Spis załączników**

Np. rekomendacje, dyplomy, inne nagrody, podziękowania, artykuły prasowe

…………………………………………

*Data i Podpis Osoby Zgłaszającej*

Oświadczenie wnioskodawcy:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do procedury nadania niniejszej nagrody zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE(ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

…………………………………………

*Data i Podpis Osoby Zgłaszającej*

Uwagi: wypełniony formularz zgłoszeniowy należy dostarczyć do **Biura Dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa.**

Więcej informacji udziela Małgorzata Złotkowska tel. 261 817 721 lub 885 570 422.