

# MEDYCZNY PATROL

## KWESTIONARIUSZ

DANE OSOBOWE			
IMIĘ	NAZWISKO	KSYWA	
<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> ULICA (NR DOMU, NR MIESZKANIA)		<b>ADRES ZAMIESZKANIA (KORESPONDENCYJNY)</b> ULICA (NR DOMU, NR MIESZKANIA)	
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ
PESEL	TELEFON KONTAKTOWY		
NIP	TELEFON ALTERNATYWNY		
NR DOWODU OSOBISTEGO	E-MAIL		
DATA I MIEJSCE URODZENIA	ROZMIAR KOSZULKI <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL		
IMIONA RODZICÓW	KUCHNIA <input type="checkbox"/> POLOWA <input type="checkbox"/> WEGETARIAŃSKA		
KWALIFIKACJE ZAWODOWE			
<input type="checkbox"/> ZAWÓD MEDYCZNY: <input type="checkbox"/> LEKARZ <input type="checkbox"/> PEŁĘGNIARKA <input type="checkbox"/> RATOWNIK MEDYCZNY			
NR DYPLOMU / NR PRAWA DO WYKONYWANIA ZAWODU		DATA WYDANIA , ORGAN WYDAJĄCY	STAŻ PRACY
<input type="checkbox"/> KURS KPP		DATA WYDANIA ZAŚWIADCZENIA KPP	
<input type="checkbox"/> STUDENT KIERUNKU MEDYCZNEGO			
KIERUNEK		PRZEWIDYWANY TERMIN UKOŃCZENIA	
INNE			
<input type="checkbox"/> DOŚWIADCZENIE W KIEROWANIU ZESPOŁEM		<input type="checkbox"/> UPRAWNIENIA DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRIWILEJOWANYCH	
DOŚWIADCZENIE NA PRZYSTANKU WOODSTOCK			
PODAJ ROK ORAZ FUNKCJĘ (FUNKCYJNY: PODAJ STANOWISKO; CZŁONEK GRUPY: U KTÓREGO LIDERA DZIAŁAŁEŚ/AŚ?)			

Wyrażam zgodę na przetworzenie moich danych osobowych zawartych w ankiecie dla potrzeb niezbędnych do funkcjonowania Medycznego Patrolu zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 (Dz. U. nr 133 poz. 833 z późniejszymi zmianami).

Oświadczam, że wszelkie dane podane w kwestionariuszu są prawdziwe oraz że zostały podane dobrowolnie. Wszelkie następstwa będące skutkiem podania danych nieprawdziwych obarczą osobę te dane składającą.

Czytelny podpis.....

## OŚWIADCZENIE

**Ja .....**  
**IMIĘ I NAZWISKO (DRUKOWANYMI LITERAMI - CZYTELNIEM)**

1. *Oświadczam, że wyrażam chęć uczestniczenia w Festiwalu „22. Przystanku Woodstock” w Kostrzynie nad Odrą, organizowanym przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. Jako członek Medycznego Pokojowego Patrolu będę wolontaryjnie wykonywał czynności związane z zabezpieczeniem medycznym i rzekam się z tego tytułu jakiegokolwiek wynagrodzenia.*
2. *Oświadczam, iż na własny koszt dojadę do miejsca organizacji imprezy w dniu 11 lipca do godziny 9:00. gdzie pozostanę do dyspozycji organizatora do 17 lipca 2016r. (niedziela wieczór). W przypadku gdybym, mimo wysłanego zgłoszenia, nie mógł/mogła przyjechać, zobowiązuję się do skutecznego powiadomienia o tym Fundacji WOŚP najpóźniej do dnia 10 czerwca 2016 r.*
3. *Zapewniam, że zastosuję się do wszelkich postanowień i poleceń organizatorów koncertu dbając o dobre imię Fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy oraz wolontariuszy Pokojowego Patrolu.*
4. *Oświadczam, że przyjmuję na siebie odpowiedzialność cywilną za wszelkie szkody wyrządzone przeze mnie na skutek nienależytego używania powierzonych mi urządzeń oraz infrastruktury wchodzącej w skład zabezpieczenia medycznego z wyłączeniem czynności medycznych, które są objęte odrębną umową ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartą przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy.*
5. *Upoważniam Fundację WOŚP do przetwarzania moich danych osobowych dla celów wewnętrzno- organizacyjnych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 (Dz. U. nr 133. Poz. 883).*

Czytelny podpis .....