**Formularz zgłoszeniowy**

oferty zatrudnienia dla lekarzy z Ukrainy

*Dane oferenta*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko lub nazwa firmy |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

*Oferta*

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość |  |
| Stanowisko |  |
| Forma zatrudnienia |  |
| Wymiar zatrudnienia |  |
| Nazwa i adres placówki |  |
| Dane kontaktowe |  |
| Dodatkowe informacje |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data złożenia formularza |  |

**Wypełniony formularz należy zapisać i przesłać mailem jako załącznik na adres:** [**pomoc@wil.org.pl**](mailto:pomoc@wil.org.pl)

Przesłanie formularza do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej jest równoznaczne z potwierdzeniem zapoznania się z Regulamin zamieszczania ofert pomocy dla Ukrainy za pośrednictwem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dostępnym pod [linkiem](https://wil.org.pl/wp-content/uploads/oferty-pracy-zakwaterowania-pomoc-ukraina.pdf), a także oznacza wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych. Szczegóły dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w §5 wspomnianego wyżej regulaminu.