

ADRES E-MAIL																																										
NUMER TELEFONU																																										
ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA																																										
ADRES KORESPONDENCYJNY																																										
TYTUŁ ZAWODOWY (technik, licencjat, magister) NUMER DYPLOMU, DATA WYDANIA DYPLOMU																																										
TYTUŁ SPECJALISTY NUMER DYPLOMU, DATA WYDANIA DYPLOMU																																										
STOPIEŃ NAUKOWY, TYTUŁ NAUKOWY NUMER DYPLOMU, DATA WYDANIA DYPLOMU																																										
NIP	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
NAZWA PRACODAWCY																																										
DATA ZATRUDNIENIA (OD-DO), STANOWISKO																																										
DATA ROZPOCZĘCIA WYKONYWANIA ZAWODU																																										
INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU (DATA)																																										
INNE																																										

W przypadku zmiany imienia/nazwiska lub tytułu zawodowego, do wniosku dołączam:

1. Kopię dokumentu potwierdzającego zmianę imienia/nazwiska.
2. Odpis lub poświadczoną notarialnie kopię dyplomu potwierdzającego zmianę tytułu zawodowego/stopnia naukowego.

Oświadczam, że umieszczone w niniejszym wniosku dane są zgodne z prawdą.

Miejscowość	Data	Czytelny podpis
-------------	------	-----------------

Niniejszym, wyrażam zgodę na otrzymywanie wszelkiej korespondencji z Krajowej Izby Fizjoterapeutów drogą elektroniczną, w tym w szczególności:

a. Informacji dotyczących wniosku o zmianę danych

Oświadczam, że będę odbierała/odbierał* w/w korespondencję pod adresem e-mail podanym we wniosku. Zobowiązuję się do każdorazowego i natychmiastowego podania zmiany tego adresu świadomy/świadoma*, że do tego czasu doręczenie korespondencji na dotychczasowy adres e-mail będzie skuteczne. Za datę otrzymania korespondencji uznaje się datę jej wysłania.

Miejscowość	Data	Czytelny podpis
-------------	------	-----------------

Administratorem danych osobowych jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie (02-001) al. Jerozolimskie 93, która przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celu umożliwienia złożenia wniosku o zmianę danych w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów. Podanie danych w zakresie numeru telefonu i/lub adresu e-mail jest całkowicie dobrowolne. Pełna treść klauzuli obowiązku informacyjnego, w tym w zakresie przysługujących Pani/Panu praw została zawarta w ramach dokumentów niezbędnych do uzyskania wpisu oraz na stronie internetowej KIF w zakładce polityki prywatności. We wszelkich kwestiach związanych z ochroną danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: iod@kif.info.pl.