

NAGRODA IM. DR. KRZYSZTOFA KANIGOWSKIEGO

JEŚLI CZUJESZ, ŻE

TERAPIA MEDYCZNA JEST **LECZENIEM CZŁOWIEKA**,
NIE TYLKO CHOROBY, ZAŚ O JAKOŚCI TERAPII ŚWIADCZĄ
ZARÓWNO JEJ SKUTECZNOŚĆ JAK ASPEKTY ETYCZNE

RELACJE LEKARZA Z PACJENTAMI POWSTAJĄ
POPRCZ **ŻYCZLIWOŚĆ** ORAZ EMPATIE

PRAKTYKA LEKARZA WYRAŻA **MISJĘ LECZENIA**,
CZYNINIENIA DOBRA I SPRAWOWANIA OPIEKI

DAROWIZNY

DAROWIZNY NA FUNDUSZ NAGRODY MOŻNA WPŁACAĆ NA KONTO:

23 2130 0004 2001 0417 2557 0002

FUNDACJA „NIE BIORĘ, CHCĘ NORMALNIE ZARABIAĆ”
UL. JANA SOBIESKIEGO 110, 00-764 WARSZAWA, KRS 000285208
PROSIMY O DOPISEK: FUNDUSZ NAGRODY IM. DR. K. KANIGOWSKIEGO

PRZEKAŻ 1% PODATKU DOCHODOWEGO NA FUNDUSZ NAGRODY

NAGRODZIE PATRONUJE

FUNDACJA „NIE BIORĘ, CHCĘ NORMALNIE ZARABIAĆ”

PATRONI MEDIALNI

GAZETA WYBORCZA TVP BIAŁYSTOK

ZGŁOŚ SWOJEGO LEKARZA DO NAGRODY 2011

ZGŁOSZENIA KANDYDATÓW, WRAZ Z KRÓTKIM
UZASADNIENIEM, PROSIMY PRZESYŁAĆ W FORMIE
ELEKTRONICZNEJ LUB PISEMNEJ DO **31 STYCZNIA 2011**
NA ADRES:

NAGRODA IM. DR. KRZYSZTOFA KANIGOWSKIEGO
FUNDACJA „NIE BIORĘ, CHCĘ NORMALNIE ZARABIAĆ”
UL. SOBIESKIEGO 110
00-764 WARSZAWA

WIĘCEJ INFORMACJI

WWW.DOKTORKANIGOWSKI.PL

KONTAKT

(85) 652 42 87

NAGRODA@DOKTORKANIGOWSKI.PL

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

NAGRODA IM. DR. KRZYSZTOFA KANIGOWSKIEGO

INFORMACJE O KANDYDACIE DO NAGRODY

IMIĘ I NAZWISKO

NAZWA MIEJSCA PRACY

ADRES MIEJSCA PRACY

TELEFON W MIEJSCU PRACY

OSOBA ZGŁASZAJĄCA

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES ZAMIESZKANIA

E-MAIL

TELEFON KONTAKTOWY

UZASADNIENIE ZGŁOSZENIA

PODANE W FORMULARZU DANE KANDYDATA DO NAGRODY ORAZ DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ NIE BĘDĄ PRZEKAZYWANE OSOBOM TRZECIM. SŁUŻĄ ONE WYŁĄCZNIE KAPITULE NAGRODY, KTÓRA PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO PRAC, ZAPYTA KANDYDATÓW, CZY ZGADZAJĄ SIĘ NA KANDYDOWANIE.

INFORMUJEMY, ŻE PANI/PANA DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZETWARZANE PRZEZ FUNDACJĘ „NIE BIORĘ, CHCĘ NORMALNIE ZARABIAĆ”; ZAREJESTROWANĄ POD ADRESEM UL. JANA SOBIESKIEGO 110, 00-764 WARSZAWA, W CELACH ZWIĄZANYCH Z PRZYZNANIEM NAGRODY IM. DR. KRZYSZTOFA KANIGOWSKIEGO. PRZYSŁUGUJE PANI/PANU PRAWO WGLĄDU DO SWOICH DANYCH ORAZ ICH POPRAWIANIA. PODANIE DANYCH MA CHARAKTER DOBROWOLNY.

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ FUNDACJĘ „NIE BIORĘ, CHCĘ NORMALNIE ZARABIAĆ” W WYŻEJ WSKAZANYCH CELACH ORAZ NA KONTAKTOWANIE SIĘ ZE MNĄ TELEFONICZNIE LUB ELEKTRONICZNIE.

PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ