

QEYDİYYAT ÜÇÜN ƏRİZƏ FORMASI

Alman-Azərbaycan Tibb İşçiləri Birliyi

Mən, _____

Soyadı, adı (şirkəti, təsis tarixi)

Peşəsi _____ Doğum tarixi _____ / _____ / _____

Poçt indeksi, yaşayış yeri (iş yeri, küçə, ev/mənzil nömrəsi)

Əlaqə telefonu _____

Tarix _____

Alman-Azərbaycan Tibb İşçiləri e.V birliyinin Sınaq imtahanında
(fachsprachenprüfung) iştirak üçün müraciət edirəm.

Mən, birliyin Almaniya federasiyasının məlumatların qorunması qanununa
uyğun olaraq mənim Şəxsi məlumatlarımın saxlanması, ötürülməsi və
emalı kimi məqsədləri ilə razıyam.

Mən bununla bağlı müvafiq tənzimləmə birliyin sınaq imtahanında iştirakımı
yazılı təsdiqini xahiş edirəm.

Tarix, yer

İmza