

# **FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

# **NA KURS PIERWSZEJ POMOCY**

###### **Dane osobowe**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | | | Imię lub imiona | | |
|  | | |  | | |
| Data urodzenia | | Miejsce urodzenia | | | |
|  | |  | | | |
| Adres stałego  zameldowania | Ulica, nr domu, nr mieszkania | | | | |
|  | | | | |
| Kod | Miasto | | | | Telefon komórkowy |
|  |  | | | |  |
| Adres kontaktowy |  | | | | |
|  | | | | |
| Kod | Miasto (poczta) | | | | Telefon komórkowy |
|  |  | | | |  |
| PESEL | | | | E-mail | |
|  | | | |  | |

###### **Proszę o wystawienie rachunku na dane:**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa firmy / instytucji |
|  |
| Adres |
|  |
| NIP |
|  |
| Telefon |
|  |

Wyrażam zgodę na przechowywanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia do celów realizacji kursu przez SymulMed Jarosław Kalenik, w myśl Ustawy O Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997r., nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

W przypadku braku pisemnej informacji o rezygnacji, najpóźniej na 4 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia kursu organizator szkolenia zastrzega sobie możliwość obciążenia zgłaszającego uczestnika kosztami w wysokości do 50% jego wartości.

Miejscowość, data Czytelny podpis (pieczątka firmowa)

     