
# **FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

# **NA KURS PIERWSZEJ POMOCY**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko | Imię lub imiona |
|      |       |
| Data urodzenia | Miejsce urodzenia |
|       |       |
| Adres stałegozameldowania | 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)