

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS
W ZAKRESIE KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY
(NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI ZNAKAMI)****Dane osobowe**

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

Przynależność do organizacji (np. PSP, OSP, WOPR, TOPR, GOPR, PTRM, RWR)

Nazwa organizacji	
Stanowisko / pełniona funkcja	

Niniejszym oświadczam, że:

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Stan mojego zdrowia umożliwia wzięcie udziału w kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy.
3. Wyrażam zgodę na przechowywanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia przez SYMULMED Jarosław Kalenik z siedzibą w 75-710 Koszalin ul. Kubusia Puchatka 44, w myśl Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.).
4. Na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO, niniejszym upoważniam do przetwarzania danych osobowych firmę SYMULMED Jarosław Kalenik.
5. Zostałem poinformowany, iż przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych, ich poprawiania, usuwania, a także, że podanie powyższych danych osobowych jest dobrowolne lecz konieczne do wystawienia zaświadczenia.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej.

Miejscowość, data

Czytelny podpis