

--

Numer w rejestrze KPP  
(wypełnia organizator kursu)

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS W ZAKRESIE KWALIFIKOWANEJ 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	

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

Nazwa organizacji
Stanowisko / pełniona funkcja

#### Niniejszym oświadczam, że:

1. Stan mojego zdrowia umożliwia wzięcie udziału w kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy.
2. Jestem zatrudniony / jestem członkiem / pełnię służbę w jednostce współpracującej z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym ratownictwie medycznym.
3. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
4. Wyrażam zgodę na przechowywanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia przez SYMULMED Jarosław Kalenik z siedzibą w 75-503 Koszalin ul. Sportowa 2, w myśl Ustawy o Ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997r., nr 133, poz. 883 z późn. zm.).
5. Zostałem poinformowany iż przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych, ich poprawiania, usuwania, a także, że podanie powyższych danych osobowych jest dobrowolne.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kk.

Miejscowość, data

Czytelny podpis