

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS W ZAKRESIE KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY (recertyfikacja)

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. Obyłem/odbyłam wszystkie zajęcia teoretyczne i praktyczne objęte programem kursu zgodnego z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i/lub posiadam zaświadczenie, które utraciło ważność o którym mowa w § 9 rozporządzenia.
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. 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.).

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

Miejscowość, data

Czytelny podpis