

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 (pieczętka firmowa)