



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROSZĘ WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Zgłaszam się na kurs: **KWALIFIKOWANA PIERWSZA POMOC**

W terminie:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień			miesiąc			rok			

Imię i Nazwisko:

.....

Nr PESEL:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adres poczty elektronicznej:

Adres korespondencyjny:

.....

Numer telefonu:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

*Potwierdzam prawdziwość danych osobowych zawartych powyżej oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie ich **w celu niezbędnym do realizacji usługi szkoleniowej** (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpień 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn, zm.). Przyjmuje także do wiadomości, że administratorem moich danych osobowych jest ERHA plus, ul. Zachodnia 7/37, 30-350 Kraków. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.*

.....

Data, podpis