



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROSZĘ WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Zgłaszam się na kurs:

KWALIFIKOWANA PIERWSZA POMOC

W terminie:

od - -
dzień miesiąc rok

do - -
dzień miesiąc rok

Imię i Nazwisko:

.....

Nr PESEL:

Adres poczty elektronicznej:

.....

Adres korespondencyjny:

.....

.....

Numer telefonu:

- -

*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 s.c., ul. Wiślisko 1, 31-538 Kraków. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.*

.....

Data, podpis