



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DANE OSOBOWE UCZESTNIKA KURSU

Prosimy wypełnić – DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwa: **KURS KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**

Imię

Nazwisko

Pesel

e-mail

Adres do

Korespondencji

Numer telefonu:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów marketingowych zgodnie z (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE). Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych środkami komunikacji elektronicznej dotyczących aktualnej oferty Firmy ERHA plus.

Wyrażam zgodę,

Nie wyrażam zgody

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH

Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Podanie danych jest niezbędne do wykonania usługi. Potwierdzam prawdziwość danych osobowych zawartych powyżej oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie ich w celu niezbędnym do realizacji usługi szkoleniowej zgodnie z: (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE). Przyjmuje także do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest ERHA plus s.c., al. 29 listopada 130/125, 31-406 Kraków, NIP: 675-152-37-76, Regon: 362416875. Kontakt: [biuro@erhaplus.pl](mailto:biuro@erhaplus.pl), tel: 662-130-483. Państwa dane mogą być przetwarzane do 10 lat lub do czasu wycofania przez Państwa zgody, z wyłączeniem sytuacji kiedy muszą być przechowywane dłużej ze względu na obowiązujące przepisy prawne. W celu realizacji Kursu Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy zgodnie z Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, Dz.U. 2007 nr 60 poz. 408 dane mogą być przekazywane do Urzędu Wojewódzkiego w celu rejestracji kursantów. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania czy usunięcia.

.....  
czytelny podpis

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) **oświadczam**, że jestem uprawniony(a) do przystąpienia do egzaminu Kursu Kwalifikowanej pierwszej pomocy zgodnie z **ROZPORZNDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.**

Oświadczam, że jestem zatrudniony/jestem członkiem/pełnię służbę\* w jednostce współpracującej z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne. (np. OSP, PSP, WOPR, GOPR, TOPR, Policja, WP oraz inne organizacje wpisane do właściwego rejestru.)

\*niepotrzebne skreślić

.....  
czytelny podpis