



DANE UCZESTNIKA KURSU

Prosimy wypełnić – **DRUKOWANYMI LITERAMI**

Nazwa: **RECERTYFIKACJA KPP**

Termin egzaminu: – –
Dzień miesiąc rok

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, 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. 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 recertyfikacyjnego Kwalifikowanej pierwszej pomocy zgodnie z § 4. ust. 2. pkt 2 ROZPORZNDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Tj. osoba która „*posiada zaświadczenie, które utraciło ważność, oraz jest zatrudniona w jednostkach współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwanej dalej „ustawą”*, lub pełni w nich służbę, lub jest ich członkiem.”

.....
czytelny podpis