



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**DANE OSOBOWE 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 ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U nr 133, poz. 883)  
Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych środkami komunikacji elektronicznej dotyczących aktualnej oferty Firmy ERHA plus.

**Wyrażam zgodę,**                       **Nie wyrażam zgody**

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. Wiślicko 1, 31-538 Kraków. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
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