

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W KURSIE KPP

Nr formularza:

1. DANE UCZESTNIKA:

Imię i nazwisko:	Adres zamieszkania:
Pesel:	Telefon, e-mail:
Jednostka / Organizacja współpracująca z PSRM oraz pełniona funkcja:	

2. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie i mój stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w prowadzonych zajęciach.
Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy.

3. DANE DO FAKTURY:

Zarejestrowana nazwa firmy:	
Zarejestrowana siedziba firmy oraz adres	
NIP:	
USTALONA KWOTA USŁUGI	

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez NZOZ DIAMED przekazanych danych, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. Nr 133, poz. 883), w celu zrealizowania szkolenia. NZOZ DIAMED informuje, że użytkownik ma prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawienia lub usunięcia.

Wypełniony formularz proszę przelać drogą elektroniczną pod adres: niebrzeg_c@interia.pl

Podpis uczestnika kursu:

Data i miejscowość: