

Pieczęć organizatora

Pieczęć jednostki kierującej

Skierowanie Nr/.....

NAZWA KURSU / Kwalifikowana Pierwsza Pomoc , Re certyfikacja

.....

1.Nazwisko

2. Imię

.....

.....

3.Nr PESEL

4.Stanowisko

.....

5. Kod Pocztowy

6.Miejscowość

-- -

.....

7. Telefon

8. Adres e-mail

.....

Dane do Faktury (w kursie KPP wpisać jednostkę kierującą)

Pełna nazwa firmy/instytucji.

9.

10.ulica nr.

11. Kod /Miejscowość __ - __ - __

12. NIP ___ - ___ - ___ - ___

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji od KURSMED.pl na podany wyżej adres mailowy (Ustawa z dn. 18.07.2002r. Dz. U. Nr 144, poz. 1204 o świadczeniu usług drogą elektroniczną) oraz na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby służbowe firmy KURSMED.pl (Ustawa z dn. 29.08.1997r. Dz.U. Nr 133, poz 883 o ochronie danych osobowych) Potwierdzam otrzymanie wiadomości, że:

1. Administratorem danych jest KURSMED mgr Krzysztof Mółka ul. Mieszka I 32 33-300 Nowy Sącz
2. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawienie na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.
3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

.....

.....

Czytelny podpis

Miejscowość dnia