



**KARTA ZGŁOSZENIA
NA KURS DOSKONALĄCY DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH**

Termin kursu

Imię (Imiona).....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

Telefon kontaktowy.....

Adres e-mail

Miejsce pracy.....

Stanowisko:.....

Proszę o wystawienie rachunku na dane:

- Nazwa firmy:.....

- Adres:

- NIP:.....

Prosimy o wniesienie opłaty za kurs doskonalący zgodnej z aktualną ofertą na poniższe dane:
Centrum Szkoleniowe „SACHMET” Radosław Michalski
ul. Futrynowa 20, 95-030 Starowa Góra
IdeaBank, nr. rach.: 10 1950 0001 2006 3184 7209 0002
Tytułem: „Imię i Nazwisko Uczestnika - opłata za kurs doskonalący dla RM”

Oświadczenie:
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r., Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) przez Centrum Szkoleniowe „SACHMET” dla celów związanych z wystawianiem certyfikatów/zaświadczeń oraz dla celów sprawozdawczych. Zobowiązuję się do uiszczenia na konto Centrum Szkoleniowego „SACHMET” pełnej należności za kurs w postaci jednorazowej wpłaty (należność za szkolenie nie podlega zwrotowi w przypadku negatywnego wyniku egzaminu końcowego lub rezygnacji z kursu).

.....

.....