Formularz zgłoszeniowy

Dla Osób indywidualnych

Rodzaj szkolenia: Kurs pierwszej pomocy przedmedycznej

TERMIN i RODZAJ SZKOLENIA:	

DANE UCZESTNIKA				
IMIĘ				
NAZWISKO				
ADRES ZAMIESZKANIA				
NUMER TELEFONU				
E-MAIL				
PESEL				
DANE DO FAKTURY				
IMIĘ I NAZWISKO				
ADRES				
FORMA PŁATNOŚCI		Przelew		Gotówka

Dokument został wygenerowany elektronicznie i nie wymaga podpisu ani stempla.- w formie zgłoszenia bezpośrednio ze strony
Przesłanie formularza zgłoszeniowego stanowi prawnie wiążące zobowiązanie uczestnictwa w szkoleniu.
Rezygnacji z udziału w szkoleniu można dokonać na 5 dni roboczych przed szkoleniem.
Organizator zastrzega sobie możliwości zmiany daty kursu po uprzednim poinformowaniu Uczestników.

OŚWIADCZENIE

1. Niniejszym wyrażam wolę uczestnictwa w kursie w organizowanym przez Edu-Med. P.Z.
2. Oświadczam, że akceptuję powyższe warunki uczestnictwa w kursie oraz zobowiązuję się do zapłaty w/w kwoty.
3. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883), wyrażam zgodę na przetwarzanie i umieszczenie moich danych osobowych w bazie danych Edu-Med. P.Z. zgodnie z art.23 ust.1, pkt 1,3 i 5 ustawy o ochronie danych osobowych w celach statutowych firmy.
4. Edu-Med. P.Z. zapewnia Państwu realizację uprawnionego wynikających z art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych, a w szczególności o prawie do wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania oraz prawo wniesienia sprzeciwu w przypadkach określonych przepisami tej ustawy. Dane osobowe podane zostają dobrowolnie
5. W związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji informacyjno-marketingowej z firmy Edu-Med. P.Z..

…….
Data i podpis