



## FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

Formularz należy wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI** i przesać go na adres e-mail: [biuro@firemed.eu](mailto:biuro@firemed.eu), a następnie podpisać i dostarczyć do biura organizatora w dniu rozpoczęcia kursu. Po przesłaniu formularza na wskazany adres e-mail, Uczestnik otrzyma potwierdzenie zakwalifikowania na kurs oraz informację o płatności.

<b>DANE OSOBOWE</b>	<b>Imię i nazwisko</b> <b>Data i miejsce urodzenia</b> <b>PESEL</b> <b>Telefon kontaktowy</b> <b>Adres e-mail</b> <b>Seria i numer dowodu osobistego</b>	..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>ADRES KORESP.</b>	<b>Ulica, nr domu / mieszk., kod, miejscowość</b> <b>Województwo, powiat</b> <b>Dodatkowe informacje</b>	..... ..... .....
<b>DANE DO RACHUNKU</b>	<b>Nazwa</b> <b>Ulica, nr domu / mieszk., kod, miejscowość</b> <b>NIP</b>	..... ..... .....
<b>Zakres kursu</b>		Kurs pełny / recertyfikacja*
<b>Informacje dodatkowe</b>		..... ..... .....
<b>Czytelny podpis</b> (nie wymagany do przesłania formularza e-mailem)		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez FIREMED z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, przy ul. Bojowników 52, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zmianami) w celu prowadzenia procesu rekrutacji oraz ewidencji i utrzymywania dokumentacji wymaganej przepisami prawa. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do dostępu do danych, ich poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania.

\* Niepotrzebne skreślić