



KWESTIONARIUSZ

UCZESTNIKA FORMY DOSKONALENIA

ZAZNACZ FORMĘ KSZTAŁCENIA

- KURS PIERWSZEJ POMOCY FACC KURS PIERWSZEJ POMOCY EFR SZKOLENIE FACC
 KURS INSTRUKTORSKI FACC KURS INSTRUKTORSKI EFR KURS TRENERSKI FACC
 INNA FORMA EDUKACJI (WARSZTATY, ĆWICZENIA ITP.)

NAZWA FORMY DOSKONALENIA

TERMIN ZAJĘĆ
OD DNIA

DO DNIA

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

IMIĘ

NAZWISKO

DATA URODZENIA

MIEJSCE URODZENIA

WOJEWÓDZTWO
URODZENIA

MIEJSCE
PRACY

WYKSZTAŁCENIE/UKOŃCZONA UCZELNIA (E)

ADRES ZAMIESZKANIA (KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NR)

JEŚLI MAMY WYSTAWIĆ FAKTURĘ, TO PROSIMY PODAĆ DANE (KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NR) NAZWĘ FIRMY, NIP - OBOWIĄZKOWO

TELEFON
KONTAKTOWY

E-MAIL

UŻYWANE KOMUNIKATORY
SKYPE, GG, TLEN, INNE

Niniejszym w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997 r. "O ochronie danych osobowych" (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PRECURSOR Instytut Promocji Ratownictwa w Raciborzu w celach dydaktycznych i statystycznych. Jednocześnie oświadczam, że jest mi znane prawo do wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Tak – zgadzam się z powyższym oświadczeniem i jednocześnie potwierdzam chęć uczestnictwa w wyżej wymienionej formie doskonalenia oraz zobowiązuję się do zapłaty za udział w wybranej formie doskonalenia zawodowego.

(miejscowość i data)

(podpis)