

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**Dla Osób indywidualnych**



- Rodzaj szkolenia:**  Kurs pierwszej pomocy przedmedycznej  
 Kurs opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi

Data szkolenia:	
-----------------	--

Organizator szkolenia zastrzega sobie prawo zmiany daty szkolenia.

**DANE UCZESTNIKA:**

IMIĘ	
NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	
E-MAIL	
PESEL	
MIEJSCE URODZENIA	
WOJEWÓDZTWO MIEJSCA URODZENIA	
FORMA PŁATNOŚCI	<input type="checkbox"/> Przelew <input type="checkbox"/> 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.

Oświadczam, że dobrowolnie podaję moje dane osobowe i wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych przeze mnie moich danych osobowych przez firmę RAFART Rogalski Rafał zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. Nr 133, poz. 883 )