Formularz zgłoszeniowy

Nazwa kursu: …………………………………………………………………………………………………………………...

Termin rozpoczęcia kursu i miejsce: …………………………………………………………………………………

Dane osobowe uczestnika:

Imię…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwisko…………………………………………………………..........................................................................

Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………………................................

PESEL ……………………………………………………………………………………………………………………………….…….

Adres zameldowania (wraz z kodem): …………………………………………………………………...................

 …………………………………………………………………………………………………………………………………..............

Adres do korespondencji (wraz z kodem) ……………………………………………………………....................

 .………………………………………………………………………………………………………………………………….............

Nr telefonu …………………………………………………………………………………………………………………………….

e-mail ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Posiadane wykształcenie ……………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………...............

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Placówki. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Studium Fizjoterapii Zwierząt z siedzibą w Warszawie, przy ul. Heroldów 6, w celach rekrutacji. Postawa prawna: ustawa z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz.883)

………………………………………………………….. ………………………………………………………………

Miejscowość i data Podpis uczestnika