**Studium Fizjoterapii Zwierząt**

Umowa

Umowa zawarta w dniu …………………………………………………………………………………………. pomiędzy

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

Zamieszkałym/łą w ………………………………………………………………………………………………………………,

Zwanym/ną dalej **Uczestnikiem**, a niepubliczną placówką kształcenia ustawicznego o nazwie **Studium Fizjoterapii Zwierząt**, wpisaną do ewidencji niepublicznych szkół i placówek oświaty pozaszkolnej (kształcenie ustawiczne) w Warszawie, reprezentowaną przez właściciela **Małgorzatę Kizerwetter**, zwaną dalej **Organizatorem**.

Uczestnik zleca, a Organizator przyjmuje do realizacji przeprowadzenie kursu masaż małych zwierząt (psy i koty).

Uczestnik, wysyłając wypełniony formularz zgłoszeniowy i podpisaną umowę, potwierdza, iż zna i akceptuje program kursu, statut oraz regulamin placówki.

Koszt kursu wynosi 1600 zł brutto (Przy zgłoszeniu do 22.04 1300 zł brutto).

Opłata może być wnoszona w systemie ratalnym, zgodnie z harmonogramem wpłat ustalonym przez Organizatora. Kwota minimalna przy zapisie wynosi 300 zł i jest wliczana w poczet opłaty za kurs.

Po zaliczeniu wszystkich zajęć praktyczno-teoretycznych, uczestnik otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu według wzoru MEN.

W przypadku niewywiązania się przez Uczestnika z zasad zawartych w regulaminie, zostanie on wykreślony z bazy placówki, a niniejsza umowa zostaje rozwiązana, bez uprawnień do roszczeń wobec Organizatora.

W przypadku rozwiązania umowy z winy Organizatora, dotychczas wpłacona kwota zostanie zwrócona Uczestnikowi.

Organizator oświadcza, iż jest placówką niepubliczną i prowadzi nauczanie w formie kursów (w oparciu o ustawę o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. Dz.U. z 1996r. nr 67, poz.329 z późn. zm.).

Uczestnik wyraża zgodę na przechowywanie i przetwarzanie swoich danych osobowych, na potrzeby kursu i w ramach działalności placówki.

……………………………………………………… ………………………………………………………

Uczestnik Organizator

Formularz zgłoszeniowy

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