

.....  
pieczęć podmiotu organizującego

.....  
pieczęć podmiotu delegującego

## ***KARTA SKIEROWANIA KURSANTA***

### **KURS KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY 66 H**

1. Imię .....
2. Nazwisko .....
3. Data urodzenia .....
4. Miejsce urodzenia .....
5. Województwo .....
6. Pesel .....
7. Przynależność .....
8. Stanowisko .....
9. Adres zamieszkania (ulica, nr domu, kod pocztowy, miasto) .....
- .....
10. Dane kontaktowe (nr telefonu, e-mail) .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MED- POŻ Szkolenia Usługi Andrzej Żaba, w celu kwalifikacji mojej osoby do Kursu Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy zgodnie z 'Ustawą o ochronie danych osobowych' z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami)

Potwierdzam otrzymanie wiadomości że:

1. Administratorem danych jest MED- POŻ Szkolenia Usługi Andrzej Żaba, Gołaczewy, kol. Chełmska 33, 32- 340 Wolbrom.
2. Przysługuje mi prawo do wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawianie na warunkach określonych w w/w ustawie.
3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

Stwierdzam zgodność powyższych danych.

.....  
czytelny podpis osoby wypełniającej

.....  
data