

Formularz zgłoszenia na szkolenie

Nazwa szkolenia/egzaminu*

Termin

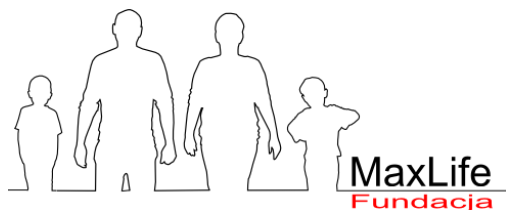
Wypełniony czytelnie formularz prosimy przesać na adres e-mail maxlife_fundacja@wp.pl lub złożyć w siedzibie Fundacji MaxLife ul. Lipowa 3 87-14 Skąpe.

Imię i nazwisko uczestnika	Data i miejsce urodzenia	PESEL	Adres zamieszkania nr telefonu adres e-mail

Dane do faktury:

.....

- Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie i mój stan zdrowia pozwala na uczestnictwie w prowadzonych zajęciach.
- Jestem zatrudniony/ pełnię służbę /jestem członkiem w jednostkach współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy/ szkolenia
- Ewentualnej rezygnacji prosimy dokonywać e-mailem lub telefonicznie, nie później niż na 7 dni przed terminem rozpoczęcia szkolenia. W przeciwnym razie uczestnik zostanie obciążony 50% kosztów szkolenia. W przypadku nieobecności uczestnika na szkoleniu, bez uprzedniego pisemnego powiadomienia, zgłaszający zapłaci 100% pełnej kwoty wymienionej w zgłoszeniu.
- Płatności za szkolenie w wysokości zł należy dokonać przelewem na konto fundacji nr **07 2030 0045 1110 0000 0354 6590** w terminie do 5 dni przed datą rozpoczęcia szkolenia lub zapłacić gotówką w dniu rozpoczęcia szkolenia (forma zapłaty wymaga wcześniejszego uzgodnienia).
- Przesyłając ten formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz przesyłanie informacji drogą elektroniczną i umieszczenie ich w bazie danych Fundacji MaxLife, ul. Lipowa 3, 87-140 Skąpe zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781) z przeznaczeniem do wykorzystania ich w celach ściśle związanych z organizowanymi szkoleniami. Mam świadomość, że przysługuje mi prawo dostępu, poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania. Swoje dane udostępniam dobrowolnie.



.....

Miejscowość, data, podpis

*Niepotrzebne skreślić