

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE RECERTYFIKACYJNE KPP Kalisz, 8-9 czerwca 2013

Szkolenie recertyfikacyjne przygotowujące do egzaminu potwierdzającego posiadanie tytułu ratownika w zakresie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy	
Organizator kursu:	„ART&MED” MEDYCZNE CENTRUM USŁUGOWO SZKOLENIOWE
Miejsce:	SALA WYKŁADOWA : UL. WINIARSKA 12, 62-800 KALISZ TEL./FAX 62 767 00 66 E-MAIL: SEKRETARIAT@ARTMED.KALISZ.PL
Termin kursu:	8-9 czerwca 2013 r.

[illegible]

1. Przesyłając ten formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz przesyłanie informacji drogą elektroniczną i umieszczenie ich w bazie danych Firmy „ART&MED” Medyczne Centrum Usługowo Szkoleniowe, ul. Winiarska 12, 62-800 Kalisz. zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) 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.
2. Przy dokonywaniu wpłaty należności prosimy o podanie : imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania uczestnika. Wpłaty należy dokonać na konto : „ART&MED” Medyczne Centrum Usługowo Szkoleniowe, ul. Winiarska 12, 62-800 Kalisz, Multi Bank 15114020170000430205709169 Kwota : 300,00 zł.
3. Potwierdzenie wpisania na listę uczestników kursu, otrzymają osoby, które prześlą kartę zgłoszeniową wraz z kopią zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz dokonają wpłaty w wysokości 300,00 zł.
4. „ART&MED” Medyczne Centrum Usługowo Szkoleniowe z siedzibą w Kaliszu nr REGON 300381702, posiada pozytywna Decyzję Wojewody Wielkopolskiego w sprawie zatwierdzenia programu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Decyzja nr : ZK-V.6312.3.2012.4

.....
Czytelny podpis i data

**Uzupełniony formularz proszę przesłać na :
adres: sekretariat@artmed.kalisz.pl lub fax 62 767 00 66**