



**OŚRODEK SZKOLENIOWY
MEDYCZYNY RATUNKOWEJ**

KARTA UCZESTNIKA SZKOLENIA

Pierwsza Pomoc Medyczna

(Rodzaj szkolenia)

1. Imię..... Imię ojca

2. Nazwisko

3. Data urodzenia, miejsce urodzenia.....

województwo

4. Pesel. _ _ _ _ _

5. Miejsce pracy

6.. Adres zamieszkania.....

7. Dane kontaktowe:

tel.

e-mail

Wyrażam zgodę w związku z art. 23 ust.1. pkt1 i ust.1 i ust.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz 883) na przetwarzanie przez LINMED moich danych osobowych na potrzeby służbowe.

Potwierdzam otrzymanie wiadomości że:

1. Administratorem danych jest LINMED Maciej Liszka ul. Wojska Polskiego 134-600 Limanowa.
2. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawienie na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.
3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

Stwierdzam zgodność powyższych danych

.....

(czytelny podpis osoby wypełniającej)

..... dnia.....r.