



Pieczęć organizacji



**KARTA UCZESTNIKA
KURSU DOSKONALĄCEGO
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH**

Rodzaj szkolenia

1. Imię.....
2. Nazwisko
3. Data urodzenia, miejsce urodzenia.....
4. Pesel _____
5. Numer prawa wykonywania zawodu :
6. Dane kontaktowe:
tel.:
e-mail:
7. Adres zamieszkania
kod: ____ - ____ miejscowość:
ulica: nr domu: nr mieszkania:
8. Nazwa i adres miejsca pracy:
Nazwa:.....
kod: ____ - ____ miejscowość:
ulica: nr domu:

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 KW PSP moich danych osobowych na potrzeby służbowe. Potwierdzam otrzymanie wiadomości że:

1. Administratorem danych jest LINMED Maciej Liszka ul. Wojska Polskiego 1, 34-600 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.

.....
(czytelny podpis osoby wypełniającej)

dnia.....r.