

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy

organizowany przez Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Warszawie

w terminie.....

DANE PERSONALNE			
Nazwisko		Imię	
PESEL		Telefon kontaktowy	
Adres zameldowania			
E-mail			
DANE DO FAKTURY			
Nazwa firmy Adres			
NIP			

## WAŻNE!

Warunkiem koniecznym do dopuszczenia do egzaminu na Ratownika jest udokumentowanie z chwilą złożenia formularza zgłoszeniowego zatrudnienia/służby lub członkostwa w organizacji/formacji uprawniającego do przystąpienia do ww. egzaminu, zgodnie z Art. 15 Ustawy z dnia 8.09.2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W załączeniu np. skan, kopia legitymacji/skierowanie z pieczętą jednostki macierzystej.

- Warunkiem uczestnictwa w kursie jest dokonanie wpłaty najpóźniej do 7 dnia kalendarzowego przed datą rozpoczęcia kursu i przesłanie wraz ze zgłoszeniem potwierdzenia faksem, skanem. W treści przelewu podając imię i nazwisko oraz nazwę kursu i termin.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Kursów Medycznych i akceptuję jego zapisy.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji i organizacji kursu zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 Dz. U. z 2002 r. Nr 101, pozycja 926 z późn. zm. Wiem, że przysługuje mi prawo dostępu, poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania. Swoje dane udostępniam dobrowolnie.

---

DATA

NAZWISKO I IMIĘ CZYTELNICIE

