

Karta zgłoszenia na szkolenie w „Akademii Przypnij Życie”

Zgłaszający /Nazwa Firmy/

Adres zgłaszającego.....

Numer identyfikacji podatkowej /NIP/.....

Data zgłoszenia.....

Adres e-mail, telefon, fax.....

Zgłaszam do udziału w szkoleniu z zakresu ochrony przed upadkiem z wysokości

w terminie:

następujących uczestników:

Nazwisko i imię

nr PESEL

1.

2.

3.

4.

5.

Zapoznałem /am się z warunkami uczestnictwa w szkoleniu " Akademia Przypnij Życie".
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych określonych w warunkach uczestnictwa w szkoleniu "Akademia Przypnij Życie" w zakresie niezbędnym do realizacji celów tego szkolenia zgodnie z ustawą z dnia 28 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych /TJ Dz U z 2002 roku Nr 101 poz 926 ze zmianami / i potwierdzam, że zostałem/am pouczony/a o przysługującym mi prawie wglądu, poprawy, kontroli i usunięcia moich danych osobowych.

Podpis zgłaszającego

.....