

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU/WARSZTATACH

Niniejszym zgłaszam chęć uczestnictwa w szkoleniu/warsztatach:

.....
(nazwa szkolenia/warsztatów)

w terminie

imię	nazwisko
dane do kontaktu (telefon, e-mail)	
miejsce pracy	

Dane do faktury:

Imię i nazwisko lub nazwa firmy

.....

Adres

NIP (w przypadku firmy)

Warunkiem przyjęcia na warsztaty jest dokonanie wpłaty w terminie tygodnia przed rozpoczęciem szkolenia. W tytule przelewu prosimy wpisać nazwę warsztatów oraz imię i nazwisko.

Dane do przelewu:

Towarzystwo Krakowskiego Ośrodka Rehabilitacji Wieku Rozwojowego

ul. Prochowa 12 31-532 Kraków

Nr konta: 39 1240 1431 1111 0000 1045 2620

Administratorem Państwa danych osobowych jest Towarzystwo Krakowskiego Ośrodka Rehabilitacji Wieku Rozwojowego z siedzibą w Krakowie przy ul. Prochowej 12 wpisane do rejestru stowarzyszeń Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa Śródmieścia w Krakowie Wydział XI Gospodarczy KRS za numerem 0000133074. Celem, dla którego przetwarzamy Państwa dane osobowe jest realizacja szkolenia oraz wywiązywanie się z obowiązków wynikających z przepisów prawa i innych aktów prawnych.

Uprzejmię informujemy, że posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania i pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będzie możliwości wzięcia udziału w szkoleniu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w zgłoszeniu.

data

podpis

Wyrażam zgodę na przesyłanie w przyszłości ofert dotyczących szkoleń/kursów/warsztatów organizowanych przez Towarzystwo Krakowskiego Ośrodka Rehabilitacji Wieku Rozwojowego.

data

podpis