Załącznik nr 2 do PS-03.01

KARTA SŁUCHACZA

nazwisko

imię

Pesel

Telefon

Data urodzenia

miejsce urodzenia i województwo (nowe)

Miejsce zamieszkania:

.....

kod, miasto

.....

ulica, nr domu

Miejsce pracy: .....

.....

pełna nazwa i adres

Wykształcenie: podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie ogólne, średnie techniczne, średnie zawodowe, wyższe (licencjackie, magisterskie, inż.) *(podkreślić właściwe).*

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub renta: tak, nie *(podkreślić właściwe).*

Proszę o przyjęcie mnie na kurs:

.....

wymienić pełną nazwę kursu

Proszę o wystawienie **faktury VAT** dla:

.....

nazwisko i imię lub nazwa firmy

adres

NIP:

Jestem zainteresowany/a uzyskaniem dodatkowego certyfikatu potwierdzającego ukończenia szkolenia monitorowanego przez TÜV SÜD Polska Sp. z o.o.:

☐ tak ☒ nie

w języku: ☐ angielskim ☐ niemieckim ☐ innym (jakim ?) .....

Oświadczam, że podane powyżej dane osobowe są prawdziwe. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z realizacją szkolenia oraz w celach marketingowych przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Katowicach, ul. Krasińskiego 2, 40-952 Katowice, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. 2002, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Jednocześnie oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o przysługującym mi prawie wglądu do treści moich danych i prawie ich poprawiania oraz o tym, że podanie tych danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestniczenia w szkoleniu.

.....

data i podpis kandydata

Data wpływu i podpis przyjmującego: .....

Dane dodatkowe (tylko dla kursów specjalistycznych):

.....