**KARTA UCZESTNIKA SZKOLENIA PODSTAWOWEGO**

**z zakresu KPP (kwalifikowanej pierwszej pomocy) medycznej**

**dla członków OSP wOSW ZOSP RP w ………………… w dniach ………………..**

**I.**

1. Imię:.................................................... Imię ojca:………………………………………….

Nazwisko: ......................................................................................................................

NR PESEL

**2.** Data i miejsce urodzenia:……………………………………………………………………….

**3.** Wykształcenie:…………………………**4.** Zawód:……………………………………………..

**5.** Miejsce pracy:……………………………………………………………….............................

**6.** Członek OSP:……………………………………………………………………………………

a) gmina:……………….......... ……….. powiat:……...………………………………….

b) staż strażacki:………………………… lat

c) funkcja w OSP:………………………………………………………………………….

**7.** Adres zamieszkania:…………….………………………………………...............................

 …………………………………………………………………………………………………….

 **Telefon** \*………………………………… **e-mail** \*…………………………………………..

**Wyrażam zgodę** w związku z art. 23 ust. 1 pkt. 1 i ust. 2 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883) na przetwarzanie przez Związek OSP RP moich danych osobowych na potrzeby działalności statutowej.

**Potwierdzam otrzymanie wiadomości, że:**

1. Administratorem danych jest Biuro Zarządu Głównego Związku OSP RP Warszawa, ul. Oboźna 1.
2. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawianie na warunkach określonych
w Ustawie o ochronie danych osobowych. 3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

**Potwierdzam, że zostałem zapoznany z warunkami dopuszczenia do udziału w szkoleniu; jako członek OSP posiadam wymagane ubezpieczenie i zaświadczenie lekarskie dopuszczające do udziału w akcjach a także wymagane przeszkolenie.**

Stwierdzam zgodność powyższych danych:

.............................................. ………..…………………………………

 ( data ) (czytelny podpis osoby wypełniającej)

**II. Opłata za szkolenie wynosi 500 zł.**

**Koszty uczestnictwa w szkoleniu pokrywa\* :** ………………………………………………….

nazwa płatnika

……………………………………………………………………………………………………………

 adres płatnika, NIP

…………………………………………………………………………………………………………..

……………………………….. …..…………………………………………….

 ( data ) (podpis osób upoważnionych do reprezentowania płatnika)

**\*należy wypełnić obowiązkowo**