

KARTA UCZESTNIKA SZKOLENIA PODSTAWOWEGO

z zakresu KPP (kwalifikowanej pierwszej pomocy) medycznej

dla członków OSP w OSW 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