

Ośrodek Szkoleniowy MED-VET
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

1. Nazwa: Rehabilitacja Psów – Szkolenie Specjalne dla Lekarzy Weterynarii

2. Dane osobowe uczestnika :

imię.....nazwisko.....

data urodzenia: D.....M.....R.....miejsce.....

PESEL:.....

adres zamieszkania..... -

ulica, nr domu, mieszkania miejsowość

adres do korespondencji..... -

ulica, nr domu, mieszkania miejsowość

3. Kontakt

tel. dom.....tel. kom.....

tel. praca.....fax.....

e-mail.....

4. Faktura

Proszę o wystawienie faktury na :

Nazwisko i imię (lub nazwa firmy).....

Dokładny adres..... -

miejsowość

NIP.....

Upoważniam Ośrodek Szkoleniowy MED-VET do wystawienia faktury Vat bez podpisu odbiorcy

5. Oświadczenie dotyczące danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek Szkoleniowy MED-VET z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Pałuckiej 55 moich danych osobowych w celach rekrutacji. Zostałem poinformowany(-na) o prawach przysługujących mi na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych, a w szczególności o prawie do wglądu do danych osobowych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne. Podstawa prawna : art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr. 133, poz. 833)

.....
miejsowość i data

.....
podpis