

Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie
UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami



ZAKŁAD
DOSKONALENIA
ZAWODOWEGO
KALISZ

NAZWA KURSU: KWALIFIKOWANA PIERWSZA POMOC – KPP
PODSTAWOWY / RECERTYFIKACJA *
(zaznacz właściwe)

DANE TELEADRESOWE:

Nazwisko		Imiona	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL		Obywatelstwo	
Kod pocztowy		Pocztą	
Ulica, nr domu		Miejscowość	
Gmina/Powiat		Województwo	
Nr telefonu		Adres e-mail	

Przynależność do jednostki współpracującej z systemem PRM, w której uczestnik pracuje, jest członkiem lub pełni służbę (np. WOPR, OSP):

Nazwa jednostki	
Adres jednostki	
Zajmowane stanowisko	

Oświadczam, że:

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Jestem zatrudniony w jednostkach współpracujących z systemem [np. OSP, WOPR], o których mowa w art.15 ust.1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (poniżej) lub pełnię w nich służbę lub jestem ich członkiem.
3. Mój stan zdrowia pozwala na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Przesyłając ten formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz przesyłanie informacji drogą elektroniczną i umieszczenie ich w bazie danych Firmy Zakład Doskonalenia Zawodowego, ul. Skalmierzycka 2a, 62-800 Kalisz. zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) z przeznaczeniem do wykorzystania ich w celach ściśle związanych z organizowanymi szkoleniami. Mam świadomość, że przysługuje mi prawo dostępu, poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania. Swoje dane udostępniam dobrowolnie.

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu:
Data Czytelny podpis kandydata

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY

Kieruję Panią/Pana:

na szkolenie w zakresie:

Koszt szkolenia w kwocie (zł.): pokrywa

.....
(miejscowość, data) (pieczętka zakładu pracy) (pieczętka i podpis kierownika zakładu pracy)

ORGANIZATOR - ZGŁOSZENIE PRZYJĘTO: Data: Podpis osoby odpowiedzialnej:

Uzupełniony formularz proszę dostarczyć: pocztą, mailem, faxem lub osobiście – dane adresowe poniżej

CENTRUM DOSKONALENIA KADR MEDYCZNYCH - ZAKŁAD DOSKONALENIA ZAWODOWEGO – CENTRUM KSZTAŁCENIA W KALISZU
62-800 Kalisz, ul. Skalmierzycka 2A, parter, pok. nr 10, tel. 62/ 767-40-88 w. 28, tel./fax 62/ 757-46-56, e-mail: cdkm@zdz.kalisz.pl