**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS**

**KWALIFIKOWANA PIERWSZA POMOC**

**Formularz należy wypełnić na komputerze i przesłać go na adres e-mail:** [**szkolenia@emermed.pl**](mailto:szkolenia@emermed.pl)**.**

Po przesłaniu formularza na wskazany adres e-mail, Uczestnik otrzyma potwierdzenie zakwalifikowania na kurs oraz informację o płatności.

W przypadku recertyfikacji, wraz z formularzem należy przesłać skan poprzedniego zaświadczenie (które utraciło ważność) o ukończeniu kursu KPP.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | Imię i nazwisko, płeć |  |  | K |  | M |
| Data i miejsce urodzenia |  | | | | |
| PESEL |  | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | |
|  | Adres e-mail |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADRES** | Ulica, nr domu / mieszkania |  |
| kod pocztowy, miejscowość |  |
| województwo |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE JEDNOSTKI** | Nazwa jednostki |  | Nie dotyczy osób nie należących do żadnej jednostki. |
| Ulica, nr domu |  |
| kod pocztowy, miejscowość |  |
| stanowisko i staż (data wstąpienia) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE DO FAKTURY** | Nazwa |  | Osobom, które nie potrzebują faktury, wystawiamy paragon fiskalny. |
| Ulica, nr domu |  |
| kod pocztowy, miejscowość |  |
| NIP |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ukończone kursy medyczne i ratownicze oraz dotychczasowe doświadczenie w ratownictwie |  |
| Data rozpoczęcia kursu |  |
| Informacje dodatkowe |  |
| Miejscowość, data |  |
| Podpis |  |

Akceptuję postanowienia *Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Szkoleniach* oraz postanowienia *Regulaminu Organizacyjnego Kursu Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy*. Regulaminy dostępne są na stronie www.emermed.pl.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez EMERMED z siedzibą w Warszawie, przy ul. Kryształowej 33A, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zmianami) w celu prowadzenia procesu rekrutacji oraz ewidencji i utrzymywania dokumentacji wymaganej przepisami prawa. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do dostępu do danych, ich poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania.