

WZÓR WYPEŁNIANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO - FORMULARZ PROSZĘ PRZYSŁAĆ E-MAILEM W WERSJI EDYTOWALNEJ EXCEL ORAZ DOSTARCZYĆ WYDRUKOWANY ORYGINAŁ W DNIU ROZPOCZĘCIA SZKOLENIA WRAZ Z PODPISAMI

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY SZKOLENIE INSPEKTORA OCHRONY PRZECIWOŻAROWEJ

Ośrodek Szkolenia w Warszawie KW PSP w Warszawie
ul. Majdańska 38/40, 04-110 Warszawa
tel. (0-22) 810-45-74, fax (0-22) 810-45-92

Dane uczestnika

(potrzebne do wypisania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia)

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia: *tylko według formatu (RRRR-MM-DD)*

Urodzona/y w:
np.: Szczecinie, Warszawie, Grójcu itp.

województwo ur.: *(należy wybrać z listy)*

Telefon kontaktowy:

Adres email:

Dane do rachunku

(wystawianego przez KW PSP w Warszawie)

Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko:

Adres:
(ulica, nr domu, nr lok.)

Kod pocztowy: Miejscowość:

NIP lub PESEL:

Reprezentowanej przez:
(dane osoby umocowanej lub upoważnionej do reprezentowania)

.....
(podpis osoby właściwej do skierowania na szkolenie)

Wyślij w załączniku na adres: siop@mazowsze.straz.pl
(tylko e-mailem w formacie exc)

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych, przez Mazowieckiego Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej w celach związanych ze Szkoleniem Inspektorów Ochrony Przeciwożarowej.

podpis uczestnika szkolenia

Informujemy Panią(a), że Administratorem danych osobowych, przetwarzającym Pani(a) dane osobowe jest Mazowiecki Komendant Wojewódzki Państwowej Straży Pożarnej, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 40. Podane dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.z 2014, poz. 1182 ze zm.) w celach związanych z organizacją Szkolenia Inspektorów Ochrony Przeciwożarowej. Równocześnie informujemy Panią(a) o prawie do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do prowadzenia dokumentacji szkoleniowej i wystawienia zaświadczenia.

**Prawidłowość danych osobowych potwierdzam własnoręcznym podpisem
złożonym w dniu rozpoczęcia szkolenia w obecności organizatora**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY SZKOLENIE INSPEKTORA OCHRONY PRZECIWOŻAROWEJ

Ośrodek Szkolenia w Warszawie KW PSP w Warszawie
ul. Majdańska 38/40, 04-110 Warszawa
tel. (0-22) 810-45-74, fax (0-22) 810-45-92

Dane uczestnika

(potrzebne do wypisania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia)

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia: *tylko według formatu (RRRR-MM-DD)*

Urodzona/y w:
np.: Szczecinie, Warszawie, Grójcu itp.

województwo ur.: *(należy wybrać z listy)*

Telefon kontaktowy:

Adres email:

Dane do rachunku

(wystawianego przez KW PSP w Warszawie)

Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko:

Adres:
(ulica, nr domu, nr lok.)

Kod pocztowy: Miejscowość:

NIP lub PESEL:

Reprezentowanej przez:
(dane osoby umocowanej lub upoważnionej do reprezentowania)

.....
(podpis osoby właściwej do skierowania na szkolenie)

Wyślij w załączniku na adres: siop@mazowsze.straz.pl
(tylko e-mailem w formacie exc)

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych, przez Mazowieckiego Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej w celach związanych ze Szkoleniem Inspektorów Ochrony Przeciwożarowej.

podpis uczestnika szkolenia

Informujemy Panią(a), że Administratorem danych osobowych, przetwarzającym Pani(a) dane osobowe jest Mazowiecki Komendant Wojewódzki Państwowej Straży Pożarnej, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 40. Podane dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.z 2014, poz. 1182 ze zm.) w celach związanych z organizacją Szkolenia Inspektorów Ochrony Przeciwożarowej. Równocześnie informujemy Panią(a) o prawie do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do prowadzenia dokumentacji szkoleniowej i wystawienia zaświadczenia.

**Prawidłowość danych osobowych potwierdzam własnoręcznym podpisem
złożonym w dniu rozpoczęcia szkolenia w obecności organizatora**

Pierwsza litera duża, pozostałe małe.

Pierwsza litera duża, pozostałe małe

Proszę zwrócić uwagę na format zapisu: **ROK - MIESIĄC - DZIEŃ**

Proszę wpisać miejscowość urodzenia w formie po odmianie, ...urodzony w: **Wąchocku** a nie "Wąchock".

Dane niezbędne do sporządzenia umowy i noty księgowej.

Proszę wpisać dane niezbędne do sporządzenia umowy i noty księgowej. Jeśli osoba fizyczna sama deklaruje chęć uczestnictwa w szkoleniu, wpisuje tu swoje dane.

Dane dyrektora/kierownika/prezesa lub osoby fizycznej jeżeli sama rekrutuje się na szkolenie

Czytelny odrębny podpis przełożonego z pieczęcią lub odrębny podpis osoby fizycznej jeżeli sama rekrutuje się na szkolenie

Podpis uczestnika szkolenia (czytelny)