

Kurs podstawowy / recertyfikacja*

(niepotrzebne skreślić)

Dane kandydata(ki)

Imiona		Nazwisko	
Imię ojca		PESEL	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Ulica / miejscowość i nr domu		Kod pocztowy i miejscowość	
Gmina i powiat		Województwo	
Telefon		e-mail	

W przypadku recertyfikacji wypełnić wszystkie poniższe pola.

W przypadku kursu podstawowego wypełnić pola, które kandydat(ka) może określić.

Przynależność do jednostki współpracującej z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, w której kandydat(ka) jest zatrudniony(a), pełni służbę, jest członkiem (np. OSP, PSP, WOPR).			
Nazwa i adres jednostki			
Informacje z zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika			
Nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego kurs			
Termin realizacji kursu		Data egzaminu	
Nr zaświadczenia			

Oświadczam, że:

- Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- Mój stan zdrowia pozwala na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy (i udział w Kursie).

Stwierdzam zgodność powyższych danych

.....
(czytelny podpis kandydata(ki))

Dane do faktury (w przypadku jednolitych danych wypełnić tylko jedną kolumnę)

Nabywca		Odbiorca	
Adres		Adres	
NIP		NIP/uwagi	

Pieczęć i podpis przedstawiciela płatnika

.....

Kartę zgłoszeniową należy przesłać skanem (w PDF) na poniższy adres e-mail lub dostarczyć osobiście lub po uzgodnieniu przesłać pocztą tradycyjną.

Administradora danych osobowych (ADO):
FIRE Krzysztof Skoczek, Pastwa 46A, 82-500 Pastwa, NIP 581-183-16-77

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej opisany(a)
na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L 119/1, z 4.5.2016, zwanego dalej „RODO” , **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych w Karcie zgłoszenia na kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP), a także danych związanych z prowadzonym kursem (dokumentacja kursu) oraz wizerunku, **w zakresie** organizacji i przeprowadzenia kursu KPP, a także promocji bezpieczeństwa i działalności ADO.

Podanie przeze mnie danych osobowych jest swobodne i dobrowolne.

Podane dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie **w celu**: organizacji i przeprowadzenia kursu KPP, a także promocji bezpieczeństwa i działalności ADO.

Dane osobowe będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się pod adresem e-mail: kontakt@fire.edu.pl

Zostałem(am) poinformowany(a) o moich prawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w tym:

- 1) żądania od wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych: dostępu do moich danych osobowych, możliwości sprostowania moich danych osobowych, usunięcia moich danych, oraz ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 ust. 1 RODO
- 2) wniesienia do wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych, jeśli pojawiają się do tego przesłanki
- 3) przenoszenia moich danych osobowych,
- 4) wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 5) wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem

.....
(miejsce, data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

WYDRUKOWAĆ DWUSTRONNIE