

Pieczęć organizacji

**KARTA UCZESTNIKA
KURSU Z ZAKRESU KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**

1. Organizacja

2. Nazwisko

3. Imię

4. Imię ojca

5. Data urodzenia

6. Miejsce urodzenia

7. Województwo

8. Pesel

9. Adres zamieszkania

Ul.

Miejscowość

Poczta

Nr tel.

E-mail

Wyrażam zgodę w związku z art. 23 ust.1, pkt 1 i ust.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883) na przetwarzanie przez OSP BYSTRA moich danych osobowych na potrzeby służbowe.

Potwierdzam otrzymanie wiadomości, że:

1. Administratorem danych jest OSP BYSTRA , ul. KLIMCZOKA 105 43-360 BYSTRA
2. Przysługuje mi prawo do wglądu do moich danych oraz ich poprawienie na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.
3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

Stwierdzam zgodność powyższych danych.

Miejscowość, dnia

Podpis uczestnika kursu

KARTA SKIEROWANIA

_____ kieruje na

(Kierownictwo jednostki kierującej na szkolenie np. zarząd)

KURS KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

swojego członka _____

(imię, nazwisko, imię ojca)

.....
(Kierownik organizacji)