



ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA w szkoleniu

w dniach

Imię i nazwisko uczestnika:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia: PESEL

Stanowisko, zawód: Staż zawodowy w służbie bhp:

Wykształcenie:

Nazwa i adres instytucji:

.....

Adres do korespondencji z uczestnikiem:

.....

Telefon stacjonarny: Tel. komórkowy:

Adres @-mail:

Rezerwacja hotelu w dniach: od do Pokój: jednoosobowy, dwuosobowy
(podkreślić)

Uwaga: Noclegi opłaca uczestnik gotówką w hotelu.

Dane do faktury:

Adres płatnika:

Nr NIP płatnika:

Należność za szkolenie w wysokościzł przekażemy przelewem przed rozpoczęciem szkolenia na konto: nr konta: **95 1240 6247 1111 0000 4975 9963** lub dokonamy zapłaty w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury po zakończeniu szkolenia. W tym przypadku uczestnik otrzyma zaświadczenie o ukończeniu szkolenia po przekazaniu należności za szkolenie.

Oświadczam, że podane dane zgodne są z moim dowodem osobistym (paszportem) oraz, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych – wyłącznie do użytku wewnętrznego Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych, Dz. U 97 Nr 133 poz. 883 z późn. zmian.)

Uczestnik

**Upoważniony przedstawiciel
zakładu pracy**

.....

.....