**Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego**

**Samodzielny Publiczny Zakład w Mielcu**

39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22

**Szkoła Ratownictwa Medycznego**

tel./+48/ 530 950 112 fax. /017/ 78 00 552

[www.pogotowie-mielec.pl](http://www.pogotowie-mielec.pl)

e-mail: szkola@pogotowie-mielec.pl

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE**

**O CHARAKTERZE KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO/ PRZEKWALIFIKOWANIA ZAWODOWEGO**

Nazwa kursu/szkolenia: ***„Leczenie bólu w praktyce ratownika medycznego. Przypadki szczególne (m.in. kobieta ciężarna, dziecko, niewydolność nerek)”***

Termin/miejsce kursu : **14 marca 2019, godz. 12.00, sala konferencyjna PSPR Mielec**

**DANE UCZESTNIKA (osoba fizyczna)**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………..

Data urodzenia: ……………………………………………………………..

Miejsce urodzenia: ……………………………………………………………..

PESEL: ……………………………………………………………..

Zawód ( numer dyplomu ): ……………………………………………………………..

Kod pocztowy miasto: ……………………………………………………………..

Ulica: ……………………………………………………………..

Nr. domu/mieszkania: ……………………………………………………………..

Tel. kontaktowy: ……………………………………………………………..

e-mail: ……………………………………………………………..

**DANE DO FAKTURY (wypełnia firma, jeżeli potrzebuje FV)**

Nazwa firmy: ……………………………………………………………..

NIP: ……………………………………………………………..

Kod pocztowy miasto: ……………………………………………………………..

Ulica: ……………………………………………………………..

Numer: ……………………………………………………………..

Tel. kontaktowy: ……………………………………………………………..

e-mail: ……………………………………………………………..

**Cena kursu/ termin płatności :**

- 30 zł brutto

**Płatne do:** 10 marca 2019  na konto: 20 2030 0045 1110 0000 0232 2410, **tytuł przelewu:** leczenie bólu, data szkolenia, nazwisko kursanta. Płatność gotówką możliwa w księgowości PSPR do 10 marca 2019.

**WARUNKI UCZESTNICTWA W KURSACH/SZKOLENIACH**

1. Warunkiem uczestnictwa w kursie jest **dostarczenie osobiste lub przesłanie formularza zgłoszenia** uczestnictwa w kursie/szkoleniu do księgowości PSPR Mielec lub pocztą elektroniczną na adres: [szkola@pogotowie-mielec.pl](mailto:szkola@pogotowie-mielec.pl)
2. **Kursant powinien w terminie wskazanym w formularzu dokonać wpłaty w określonym terminie.**
3. W przypadku pisemnego powiadomienia o rezygnacji z uczestnictwa w kursie, jednak nie później niż 14 dni roboczych przed rozpoczęciem kursu, uczestnikowi przysługuje zwrot wpłaconej kwoty. W przypadku późniejszej rezygnacji, lub braku takiej informacji, wpłaty nie podlegają zwrotowi.

**UWAGA!** Organizator zastrzega sobie, że powiadomi zainteresowanych o nieprzyjęciu na kurs z powodu niespełnienia któregoś z wyżej wymienionych warunków formalnych bądź braku miejsc.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatową Stację Pogotowia Ratunkowego SPZ w Mielcu na podstawie art. 6 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celach związanych ze świadczeniem usług szkoleniowych. Administratorem danych osobowych będzie Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego SPZ w Mielcu. Dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom trzecim. Mają Państwo prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania lub usunięcia. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych możliwy jest kontakt z pspr@pogotowie-mielec.pl. Oświadczam, iż zapoznałem się z **KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ DLA KURSANTÓW SZKOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO POWIATOWEJ STACJI POGOTOWIA RATUNKOWEGO SPZ W MIELCU**

........................................... ......................................

*miejscowość, data*  *czytelny podpis*

*osoby upoważnionej (pieczątka)*