**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 SEMINARIUM**

**O CHARAKTERZE KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO**

Nazwa seminarium:

**CHOROBY ZAKAŹNE**

**W RATOWNICTWIE MEDYCZNYM**

Termin:

**02.07.2010, 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 :**

50 ZŁ/OS.

**Płatne do: 30.06**, na konto: 20 2030 0045 1110 0000 0232 2410, **tytuł przelewu: SEMINARIUM ZAKAŹNE [nazwisko kursanta].** Płatność możliwa także w księgowości PSPR Mielec.

**WARUNKI UCZESTNICTWA W KURSACH/SZKOLENIACH**

1. Warunkiem uczestnictwa w kursie jest **dostarczenie osobiste lub przesłanie formularza zgłoszenia** uczestnictwa w kursie/szkoleniu pocztą elektroniczną na adres: [szkola@pogotowie-mielec.pl](mailto:szkola@pogotowie-mielec.pl) lub fax-em, bądź złożenie go w księgowości PSPR Mielec.
2. Organizator kursu po uzyskaniu zgłoszenia zatwierdza przyjęcie uczestnika/ów na kurs/szkolenie. **Kursant dokonuje wpłaty w określonym terminie.** Organizator powiadomi zainteresowanych o nieprzyjęciu na kurs z powodu niespełnienia któregoś z wyżej wymienionych warunków formalnych bądź braku miejsc.
3. W przypadku pisemnego powiadomienia o rezygnacji z uczestnictwa w kursie, jednak nie później niż 5 dni roboczych przed rozpoczęciem kursu, uczestnikowi przysługuje zwrot wpłaconej kwoty. W przypadku późniejszej rezygnacji, lub braku takiej informacji, wpłaty nie podlegają zwrotowi.

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)*