



Podanie na kurs: Rejestratorka/ sekretarka medyczna

Pan
Zbigniew Andrzejewski
Dyrektor
Wielkopolskiego Samorządowego Centrum
Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego nr 2 w Poznaniu
ul. Mostowa 6, 61-855 Poznań

Proszę o przyjęcie na kurs Rejestratorka/sekretarka medyczna.

Dane osobowe:

.....
Imię / imiona i nazwisko kandydatki/a (zgodnie z danymi w dowodzie osobistym)

.....
Data urodzenia

.....
miejsce urodzenia

.....
PESEL

Dane kontaktowe:

.....
Adres do korespondencji: ulica nr lokalu

.....
kod pocztowy i miasto

.....
telefon kontaktowy

.....
e-mail

.....
miejscowość i data

.....
podpis kandydata

Załączniki:

Czytelna kserokopia dowodu osobistego (2 strony dowodu na jednej stronie kartki A4)

FAKTURA

(pole nieobowiązkowe, wypełniają osoby, które chcą otrzymać fakturę za opłacenie szkolenia)

Proszę o wystawienie faktury za szkolenie na dane:

Imię i nazwisko lub nazwa instytucji:

.....
.....

Adres:

NIP:

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-na o tym, że zgodnie z art. 23 ust. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z roku 2016, poz. 922) Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w Poznaniu:

- 1) Będzie przetwarzać dane osobowe uzyskane w niniejszym formularzu w zakresie niezbędnym do prowadzenia procesu dydaktycznego oraz o przysługującym mi prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum w Poznaniu w celach marketingowych i promocyjnych.
TAK NIE

.....
miejsowość i data

.....
podpis kandydata