

Wypełnia pracownik placówki
 Numer ewidencyjny (ZSI)

.....

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W KURSIE

Kurs:

.....

Preferowane dni tygodnia

poniedziałki – środy wtorek - czwartek sobota

Planowany termin rozpoczęcia kursu _____

Nazwisko		Imiona	
Adres zameldowania	Ul. _____ Nr domu _____ M. _____ Miejscowość _____		
	Kod pocztowy _____ Poczta _____ Tel. _____		
Adres zamieszkania lub adres do korespondencji	Ul. _____ Nr domu _____ M. _____ Miejscowość _____		
	Kod pocztowy _____ Poczta _____ Tel. _____		
Telefon komórkowy		Data urodzenia	
Miejsce urodzenia		Województwo	
PESEL uczestnika		Wykształcenie	podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze, średnie, wyższe *)
Miejsce pracy		Lata praktyki	
Zajmowane stanowisko		E-mail	
Rabaty	członek zwyczajny SKwP/członka wspierający SKwP/osoba kontynuująca/inny uzgodniony z _____ *)		
Zapłata za kurs	ratalna/na podstawie faktury proformy/przedpłata/ inna _____ *)		

Fakturę VAT proszę wystawić na (wypełnia się gdy zapłatę dokonuje firma):

Nazwa			
Adres siedziby firmy			
Adres do korespondencji			
NIP firmy		E-mail	
Telefon do firmy		Fax	

*) niepotrzebne skreślić

ZGODA NA WYKORZYSTANIE – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie w celach związanych z organizacją i realizacją kursów (szkoleń) przez placówkę kształcenia ustawicznego pod nazwą Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie Centrum Edukacji Zawodowej, w tym przeprowadzanych egzaminów, a także w celu wydania dokumentów poświadczających odbycie kursu (szkolenia) oraz wyników przeprowadzonego egzaminu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Księgowych w Polsce w celach marketingowych w tym m.in. dla informowania o aktualnych akcjach promocyjnych i aktualnej ofercie.

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Ogólne **warunki świadczenia usług szkoleniowych organizowanych przez** placówki kształcenia ustawicznego pod nazwą Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie Centrum Edukacji Zawodowej, w którym to dokumencie znajdują się klauzule informacyjne dotyczące przetwarzania danych osobowych (paragrafy 9 i 9a).

OŚWIADCZAM, ŻE AKCEPTUJĘ OTRZYMYWANIE FAKTURY W FORMIE ELEKTRONICZNEJ

Data _____ Podpis uczestnika _____

Fakturę proszę wystawić na (wypełnić, jeżeli zapłaty dokonuje firma):

Nazwa			
Adres siedziby firmy			
Adres do korespondencji			
NIP firmy		<u>E-Mail</u>	
Telefon do firmy		<u>Fax</u>	

OŚWIADCZAMY, ŻE AKCEPTUJEMY OTRZYMYWANIE FAKTUR W FORMIE ELEKTRONICZNEJ NA ADRES

PODPIS OSÓB REPREZENTUJĄCYCH FIRMĘ ZGŁASZAJĄCĄ UCZESTNIKA _____