



Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Siedlcach

KARTA ZGŁOSZENIA NA KURS
KWALIFIKOWANA PIERWSZA POMOC – KPP
PODSTAWOWY RECERTYFIKACJA
(właściwe zaznaczyć X)

1. DANE PERSONALNE

Nazwisko

Imię(imiona)

PESEL

Data urodzenia [DD.MM.RRRR]

Miejsce urodzenia

2. ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość

Ulica

Nr budynku lokalu kod pocztowy -

Miasto powyżej 5 tys. mieszkańców / miasto poniżej 5 tys. mieszkańców / wieś *

.....
/Województwo/

/powiat/

/gmina/

Nr telefonu

E-mail

3. PRZYNALEŻNOŚĆ DO JEDNOSTKI WSPÓŁPRACUJĄCEJ Z SYSTEMEM PRM, W KTÓREJ UCZESTNIK PRACUJE, JEST CZŁONKIEM LUB PEŁNI SŁUŻBĘ

(np. WOPR, OSP):

Nazwa jednostki	
Adres jednostki	
Zajmowane stanowisko	

Oświadczam, że:

- Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- Jestem zatrudniony/a w jednostkach współpracujących z systemem (np. OSP, WOPR), o których mowa w art. 15 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym lub pełnię w nich służbę lub jestem ich członkiem.
- Mój stan zdrowia pozwala na udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy

4. DANE DO PŁATNOŚCI

Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Siedlcach
ul. Młynarska 17, 08-110 Siedlce

PKO BP nr r-ku: 96 1020 1026 0000 1402 0232 3418

Prosimy w tytule przelewu wpisać imię i nazwisko, nazwę kursu.

Prosimy zaznaczyć x :

- Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin KPP oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zawartych w formularzu zgłoszeniowym, w zakresie prowadzonej działalności szkoleniowej przez Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Siedlcach, ul. Młynarska 17 zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie na wskazany adres poczty elektronicznej informacji handlowych pochodzących od Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Siedlcach, ul. Młynarska 17.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie mojego wizerunku dla potrzeb reklamowych CKZiU w Siedlcach (związanych z nauką w naszej placówce) za pośrednictwem dowolnego medium.

Siedlce, dnia

.....
czytelny podpis kandydata

***Właściwe zaznaczyć**

*Osoba zatrudniona w jednostkach współpracujących z systemem (np. OSP, WOPR) jest zobligowana do dostarczenia zaświadczenia o zatrudnieniu/byciu członkiem/pełnieniu służby w jednostkach współpracujących z systemem PRM.