

_____ dnia _____

Imię i nazwisko

PESEL

Data i miejsca urodzenia

Adres zamieszkania

Nr tel. kontaktowego

PODANIE

KARTA SŁUCHACZA

Proszę o przyjęcie mnie na kurs _____

przeprowadzany przez Centrum Kształcenia Zawodowego Cechu Rzemiosł Różnych w Koninie.

Oświadczam, że w przypadku przerwania nauki z własnej winy zobowiązuję się do wniesienia pełnej opłaty ustalonej przez Centrum Kształcenia Zawodowego Cechu Rzemiosł Różnych w Koninie. Zwrot kandydatom wpłat na kurs może nastąpić w przypadku nie dojdęcia do skutku kursu, usprawiedliwionej choroby kandydata, przeniesienia lub przeprowadzki do innej miejscowości, zmiany zatrudnienia, powołania do czynnej służby wojskowej i ewentualnych przyczyn losowych, należycie udokumentowanych.

☐tak ☐nie Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych, którym jest Centrum Kształcenia Zawodowego Cechu Rzemiosł Różnych w Koninie przy ul. 3 Maja 48 w celu realizacji usług szkoleniowych oraz przekazywania informacji na temat realizowanych przez Cech i jego partnerów szkoleń.

☐tak ☐nie Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną /tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1219 a późn. zm./wyrażam zgodę na przesyłanie przez Centrum Kształcenia Zawodowego Cechu Rzemiosł Różnych w Koninie informacji na temat organizowanych szkoleń za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej i telefonicznej na podany w formularzu zgłoszeniowym e-mail/ nr telefonu.

Zapoznałam/łem się z treścią klauzuli informacyjnej.

Podpis kandydata

Wpłacono kwotę _____ tytułem uczestnictwa w kursie.

Data wpłaty _____ nr dowodu wpłaty _____

Dane do faktury: