



ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W KURSIE ADR

Rodzaj kursu:

- Podstawowy
- Specjalistyczny – cysterny
- Specjalistyczny – m. wybuchowe
- Specjalistyczny – m. promieniotwórcze

Nazwisko i Imię/Imiona

Data urodzeniamiejsce urodzenia.....

Nr PESEL

Adres zamieszkania

.....

Telefon Kontaktowy

Uwagi

Dane do wystawienia Faktury za udział w szkoleniu:

Nazwa Firmy

Adres

NIP

Tel e-mail.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w celu wykonania usługi przez Stowarzyszenie zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. 97 r. nr 133 poz. 883, (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

.....
DATA I PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO

Wypełnia ośrodek szkolenia:

Faktura VAT nr:

.....