**POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA „DIAGNO-TEST” ZAŁ. NR.7**

**ZGŁOSZENIE NA KURS** – WARSZTATY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO INSTRUKTORÓW

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE KURSANTA** | | |
| 1 | IMIĘ |  |
| 2 | NAZWISKO |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | NUMER TELEFONU |  |
| 5 | ADRES E-MAIL |  |
| 6 | NR LEGITYMACJI INSTRUKTORA |  |
| 7 | NR W EWIDENCJI INSTRUKTORÓW |  |
| 8 | KATEGORIE PRAWA JAZDY |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | |
| 9 | MIASTO |  |
| 10 | KOD POCZTOWY |  |
| 11 | ULICA |  |
| 12 | NUMER DOMU/LOKALU |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE DO FAKTURY** | | |
| 13 | NAZWA FIRMY / NAZWISKO I IMIĘ |  |
| ADRES | | |
| 14 | ULICA |  |
| 15 | NR BUDYNKU / LOKALU |  |
| 16 | KOD POCZTOWY |  |
| 17 | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| 18 | NIP (DOTYCZY FIRM) |  |

**ZGODA NA KSEROKOPIĘ :**

**** legitymacji instruktora

Informujemy, że administratorem i właścicielem zbieranych danych osobowych jest Ośrodek Szkoleń Zawodowych „Diagno-Test” Sp. z o.o. w Mysłowicach, ul. Świerczyny 72. Celem zbierania danych osobowych jest realizacja procesu rekrutacji, szkolenia, egzaminowania i wydania stosowanych zaświadczeń.   
Dane będą udostępnione instytucji realizującej proces egzaminacyjny i instytucjom współrealizującym proces szkolenia, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie umowami i przepisami. Informujemy, że ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych i ich poprawiania. Zbierane dane są przekazywane dobrowolnie.

Oświadczam, że podane powyżej dane osobowe są prawdziwe. Zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 wyrażam zgodę na ich przetwarzanie.

……………………………………………………………………………

Miejscowość, data, podpis uczestnika

**Potwierdzam dane z dokumentów**

…………………………………………………………………………………..

Imię, nazwisko oraz podpis

osoby potwierdzającej dane z dokumentów