Pieczęć OSP

KARTA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNIKA **kursu i egzaminu potwierdzającego posiadanie kwalifikacji ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy** organizowanym przez firmę **Life- Med** Artur Wnuk, Robert Andrzej Kiełbasa, Michał Madej spółka cywilna.	
1. **Ochotnicza Straż Pożarna lub jednostka współpracująca z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne** w	
2. **Imię:**	3.**Nazwisko:**
5.**PESEL :**	
6. Adres zamieszkania miejscowość:	
ul.	Poczta
Nr tel.	E-mail:
KURS PEŁNY ☐ RECERTYFIKACJA ☐	10. Płatnik kursu: (dane do faktury):

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych)publ. Dz. Urz. UE. L Nr 119, s 1 w celu edukacji osób , młodzieży i dzieci. Potwierdzam otrzymanie wiadomości, że:
2. Administratorem danych jest Life-Med. s.c, ul. Tadeusza Kościuszki 4 24-300 Opole Lubelskie
3. Przysługuje mi prawo do wglądu do moich danych oraz ich poprawienie na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.
4. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

Stwierdzam zgodność powyższych danych.

Miejscowość, dnia	Podpis uczestnika kursu

KARTA SKIEROWANIA

Zarząd Ochotniczej Straży Pożarnej w _____ kieruje na

KURS KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

swojego członka _____
(imię, nazwisko,)

....
(Prezes OSP/Naczelnik OSP) (właściwy organ Urzędu Gminy/Komendant gminny)

Life- Med Artur Wnuk, Robert Andrzej Kiełbasa, Michał Madej spółka cywilna
ul. Kościuszki 4, 24-300 Opole Lubelskie; Nip: 717-183-28-86; Regon 368552585
Tel: 661 640 031; 669 108 287
E-mail: szkoleniaopolelub@gmail.com