



FUNDACJA  
WODNA SŁUŻBA RATOWNICZA  
UL. KLECZKOWSKA 50  
50-227 WROCLAW

## ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA NA SZKOLENIE RATOWNIKÓW WODNYCH

WYPEŁNIĆ CZYTELNIE - DRUKOWANYMI LITERAMI

<b>IMIĘ / IMIONA</b>			
<b>NAZWISKO</b>			
<b>IMIONA RODZICÓW</b>			
<b>DATA URODZENIA</b>		<b>LAT</b>	
<b>MIEJSCE URODZENIA</b>			
<b>PESEL</b>			
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>			
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>			
<b>NUMER TELEFONU</b>			
<b>ADRES E-MAIL</b>			

Oświadczam, że:

- posiadam ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków na czas trwania szkolenia i biorę udział w szkoleniu na własną odpowiedzialność.
- mój stan zdrowia pozwala na udział w szkoleniu – brak przeciwwskazań lekarskich i zdrowotnych.
- zapoznałem/am się z ofertą szkolenia oraz regulaminem szkolenia i akceptuję go.
- wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych i wizerunku na potrzeby szkolenia (zdjęcia).
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji na szkolenie i działalności Fundacji WSR w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U.133/97 poz.883 ze zm.).

.....  
MIEJSCEWO , DATA

.....  
PODPIS UCZESTNIKA KURSU