Załącznik 1

Formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy

Zgłaszam chęć uczestnictwa w kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy organizowanym przez Biuro Kadr Medycznym (www.biurokadrmed.pl)

Imię i nazwisko:	
Numer pesel:	
Miasto zamieszkania:	
Organizacja/jednostka: wspierająca PSRM	
Adres mailowy:	
Telefon kontaktowy:	

- ✓ Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- ✓ Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie i mój stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w prowadzonych zajęciach.
- ✓ Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy.
- ✓ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Biuro Kadr Medycznych do celów szkoleniowych. (Dz. U. nr 133, poz. 833 z dnia 29.08.97 o ochronie danych osobowych).

Podpis uczestnika kursu:	
Data i miejscowość:	