

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Proszę o przyjęcie mnie na kurs: Szkolenia BHP

Pracowników

Pracowników służb BHP

Pracodawców i innych osób kierujących pracownikami

Dane uczestnika:

Imiona:

Nazwisko:

PESEL:

Miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania (ulica, nr domu)

(miejscowość, kod pocztowy)

Telefon :

Wykształcenie: podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie wyższe

Stanowisko pracy -

Dane do faktury:

Nazwa firmy :

Ulica:

Kod pocztowy:

Miasto:

NIP:

Telefon

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą. Na podstawie Art. 23 pkt 1 ust. 1 i pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002.101.926 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez firmę TSL Consulting moich danych osobowych do celów związanych z przeprowadzeniem egzaminu, rejestracją wydanych uprawnień i prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji