

Formularz zgłoszeniowy słuchacza

Pomorskie Centrum Kształcenia Dorosłych ul. Aksamitna 8, 80-858 Gdańsk
tel. 058-301-23-07 fax. 058-301-35-34 tel.kom. 606-45-97-02 e-mail. pckd@pckd.com.pl

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KOMPUTEROWO LUB PISMEM DRUKOWANYM

| | | |
|---|------------------------------|-------------------------------------|
| Nazwisko | Nr kursu, oznaczenie, typ | Nr słuchacza Grupa |
| Imię | Drugie imię | |
| Data urodzenia | Miejscowość | Województwo |
| Imię Ojca | Imię Matki | Data złożenia wniosku |
| PESEL | <i>Nr dowodu osobistego</i> | Data ukończenia kursu |
| Adres zameldowania | Miejscowość, kod | Telefon stacjonarny, Komórkowy |
| Adres do korespondencji | Miejscowość, kod | Telefon stacjonarny, Komórkowy |
| Wykształcenie | Rok ukończenia szkoły | e-mail |
| Nazwa zakładu pracy | zlecającego szkolenie | Dane do faktury |
| Nazwa | Adres | NIP |
| Telefon stacjonarny | Osoba zlecająca | Telefon kontaktowy e-mail |
| Oświadczamy, że pokrywamy koszty związane ze szkoleniem naszego pracownika oraz upoważniamy waszą placówkę do wystawienia faktury bez naszego podpisu za w/w szkolenie. | | Pieczętka firmy zlecającej i podpis |

Oświadczenie słuchacza

„Wrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych w realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych Dz. Ustaw 133 poz. 883)”

Podpis.....