

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA

w szkoleniu wyjazdowym **Gdynia – Karlskrone**
"Ochrona zdrowia pracujących w Europie"
w dniach 1-3 czerwca 2016 r.

Nazwisko i imię:

Adres korespondencyjny:.....

.....

(kod, miejscowość, ulica numer domu/mieszkania)

telefon komórkowy:.....

adres e-mail:.....@.....

Zakwaterowanie - kabina jednoosobowa (dopłata 150 złotych)

Zakwaterowanie - kabina 2 osobowa
(z kim)

Dane do faktury (jeśli potrzebne):.....

.....

.....

.....NIP.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w Karcie uczestnictwa wyłącznie dla potrzeb realizacji szkolenia oraz przetwarzania ich przez organizatora szkolenia zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.)

Podpis uczestnika

Uwaga!!

1/ **Bardzo prosimy o czytelne i kompletne wypełnienie karty uczestnictwa (najlepiej PISMEM DRUKOWANYM), aplikacje niekompletne nie gwarantują skutecznej rejestracji.**

2/ **Zgłoszenie prosimy wysłać na nr faksu 58 3405901 lub e-mailem na adres: ptmp@womp.gda.pl**

3/ **Ostateczny termin przyjmowania zgłoszeń to 08.04.2016.**