

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**

 **LUB EGZAMIN RECERTYFIKACYJNY**

**Formularz należy wypełnić na komputerze, wydrukować, podpisać oraz zeskanować i przesłać go na adres e-mail: kontakt@ratomed.pl** ***(dopuszczalne jest wydrukowanie formularza, wypełnienie ręczne i dostarczenie osobiście do organizatora lub wysłanie pocztą polską na adres organizatora).*** Po przesłaniu formularza na wskazany adres e-mail, uczestnik otrzyma potwierdzenie zakwalifikowania na kurs oraz informację o płatności.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| PESEL |  |
| Tel. kontaktowy / adres e-mail |  |
| Ulica nr domu / mieszkania |  |
| Kod i miejscowość |  |
| Nazwa jednostki |  |
| **Dane do faktury** |
| Nazwa |  |
| Ulica i numer |  |
| Kod i Miejscowość |  |
| NIP |  |

1. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie i mój stan zdrowia pozwala na uczestnictwie w prowadzonych zajęciach.
3. Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy/egzaminu recertyfikacyjnego.
4. Zobowiązuję się do przelania należności za kurs na konto firmy RATOMED nr: **70 1160 2202 0000 0003 9182 1829** do dnia rozpoczęcia kursu.
5. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku wycofania się z uczestnictwa w trakcie trwania kursu /egzaminu organizator nie zwraca opłaty za kurs.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz na publikowanie moich zdjęć w celach komercyjnych.

 .....................................................

 data, imię i nazwisko