



Pieczęć organizacji



**KARTA UCZESTNIKA SZKOLENIA**  
**KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**  
Rodzaj szkolenia

1. Imię.....Imię ojca .....
2. Nazwisko .....
3. Data urodzenia ....., miejsce urodzenia.....  
województwo .....
4. Pesel \_\_\_\_\_
5. Miejsce pracy .....
6. Przynależność do organizacji .....
- stanowisko.....
7. Adres zamieszkania.....
8. Dane kontaktowe:
- tel. ....
- e-mail: .....

Wyrażam zgodę w związku z art. 23 ust.1. pkt1 i ust.1 i ust.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. Nr 133, poz 883) na przetwarzanie przez KW PSP moich danych osobowych na potrzeby służbowe.

Potwierdzam otrzymanie wiadomości że:

1. Administratorem danych jest LINMED Maciej Liszka ul. Wojska Polskiego 134-600 Limanowa.
2. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawienie na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.
3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

Stwierdzam zgodność powyższych danych

..... dnia.....r.  
( czytelny podpis osoby wypełniającej)

Delegujący .....