FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE W ZAKRESIE SYSTEMU TACHOGRAFÓW CYFROWYCH

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, WIELKIMI LITERAMI

Rodzaj szkolenia (wstawić „X" w wybrane pole)**:**

Kierowca ☐ **Przedsiębiorca-kierowca** ☐ **Manager floty (przedsiębiorca)** ☐ **Technik warsztatu** ☐

Dane uczestnika:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Osoba bezrobotna: **tak** ☐ **nie** ☐

Osoba skierowana na szkolenie przez Urząd Pracy: **tak** ☐ **nie** ☐

Dane płatnika:

Nazwa firmy:

Ulica:

Kod pocztowy: ☐☐–☐☐☐

Miasto:

NIP: ☐☐☐–☐☐–☐☐–☐☐☐

Telefon: + 48–(☐☐☐)–☐☐☐–☐☐–☐☐

Fax: + 48–(☐☐☐)–☐☐☐–☐☐–☐☐

e-mail:

Kontakt: **Instytut Transportu Samochodowego – mgr inż. Maria Mietlińska-Żołnierska**
(22) 43 85 330; e-mail: maria.mietlinska-zolnierska@its.waw.pl

Prosimy po szkoleniu o wypełnienie ankiety zadowolenia klienta umieszczonej na stronie internetowej
http://www.its.waw.pl/10011,pl,Ankieta-zadowolenia.html

Zgodnie z art. 24 ust. o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922 z dn.13 czerwca 2016) informujemy, że:
- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Transportu Samochodowego z siedzibą w Warszawie, ul. Jagiellońska 80,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie dla potrzeb zorganizowania szkolenia i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- podanie danych jest dobrowolne,
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Instytut Transportu Samochodowego moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu zgłoszenia uczestnictwa

Data i podpis osoby zgłaszającej

…… – …… – ……
DZIEŃ– MIESIĄC– ROK PODPIS