

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY - SZKOLENIE INSTRUKTORÓW

SZKOLENIE INSTRUKTORÓW	
<b>MIEJSCE:</b>	<b>ROWY</b>
<b>DATA:</b>	<b>04-06.09.2015r</b>
<b>UPRAWNIENIA RATOWNICZE:</b>	
<b>Członkostwo w podmiocie upr. do wykonywania ratownictwa wodnego (nazwa):</b>	
<b>Posiadanie przygotowania pedagogicznego określonego odrębnymi przepisami*</b>	<b>TAK/NIE*</b>

DANE UCZESTNIKA:	
<b>1. IMIĘ:</b>	
<b>2. NAZWISKO:</b>	
<b>3. ULICA:</b>	
<b>4. MIEJSCOWOŚĆ:</b>	
<b>5. KOD POCZTOWY:</b>	
<b>6. NR TELEFONU:</b>	
<b>7. E-MAIL:</b>	
<b>8. PESEL:</b>	
DANE PŁATNIKA DO FAKTURY	
<b>9. NAZWA:</b>	
<b>10. ULICA:</b>	
<b>11. MIEJSCOWOŚĆ:</b>	
<b>12. KOD POCZTOWY:</b>	
<b>13. NIP PŁATNIKA:</b>	

**Proszę uważnie przeczytać poniższe informacje:**

Opłatę za kurs w wysokości 800 zł należy uiścić do dnia 31.08.2015r. w biurze Słupskiego WOPR lub dokonać przelewu na konto Słupskiego WOPR, ul. Szczecińska 99, 76-200 Słupsk: Bank PKO BP O/SŁUPSK 26 1020 4649 0000 7502 0052 1880 tytułem: „Szkolenie instruktorów, imię i nazwisko”

Podpisując formularz:

1. Oświadczam, że wszystkie dane podane w formularzu są prawdziwe.
2. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku wycofania się z uczestnictwa szkoleniu w terminie późniejszym niż 3 dni przed kursem organizator szkolenia nie zwraca opłaty (w przypadku odwołania szkolenia przez organizatora przysługuje całkowity zwrot wpłaconej kwoty)
3. Wyrażam zgodę przesyłanie informacji drogą elektroniczną oraz na przetwarzanie moich danych osobowych i umieszczenie ich w bazie danych Słupskiego WOPR z siedzibą w Słupsku przy ul. Szczecińska 99, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami)
4. Wyrażam zgodę na udział w szkoleniu, akceptuję regulamin szkolenia i zobowiązuję się do przestrzegania poleceń instruktorów i organizatorów.
5. Oświadczam, że posiadam indywidualne ubezpieczenie NW (od Nieszczęśliwych Wypadków).
6. Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych oraz innych do udziału w szkoleniu. Przyjąłem do wiadomości, że za wady zdrowotne, choroby oraz inne przeciwwskazania do udziału w szkoleniu i wynikłe z tego zagrożenia organizator nie ponosi odpowiedzialności.
7. Oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność materialną za szkody wyrządzone przez nieodpowiednie użycie sprzętu i nieprzestrzeganie poleceń instruktora i organizatorów.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
PODPIS

Wypełniony i własnoręcznie podpisany formularz proszę przesłać na adres: [biuro@wopr.słupsk.pl](mailto:biuro@wopr.słupsk.pl), fax: 59 843 17 08 lub dostarczyć do biura Słupskiego WOPR: ul. Szczecińska 99, 76-200 Słupsk