

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Szkolenie na łodziach IRB

TERMIN:	11-13.05.2018r.
DANE UCZESTNIKA:	
1. Imię i nazwisko	
2. Instytucja:	
3. Nazwa podmiotu uprawnionego do wykonywania ratownictwa wodnego:	
4. Numer legitymacji WOPR/inne:	
5. Nr telefonu:	
6. E-MAIL:	
7. PESEL:	
8. Ulica:	
9. Kod pocztowy, miejscowość:	
DANE PŁATNIKA DO FAKTURY	
10. Nazwa:	
11. Ulica:	
12. Kod pocztowy, miejscowość:	
13. NIP płatnika:	
UPRAWNIENIA:	
14. RATOWNICZE (stopień)	
15. Motorowodne	
16. Doświadczenie w ratownictwie i motorowodniactwie	

Proszę uważnie przeczytać poniższe informacje:

Opłatę za kurs w wysokości 590,00 zł* należy uiścić do dnia: 04.05.2018r.

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 na łodziach IRB, 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 5 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 2016 r. poz. 922 z późniejszymi zmianami)
4. Wyrażam zgodę na udział w szkoleniu 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 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 oraz nieprzestrzeganie poleceń instruktora i organizatorów.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS

**Wypełniony i własnoręcznie podpisany formularz proszę przesłać na adres: biuro@wopr.slupsk.pl, tel/fax: 59 843 17 08
lub dostarczyć do biura Słupskiego WOPR: ul. Szczecińska 99, 76-200 Słupsk**

**cena może ulec zmianie , w zależności od liczby kursantów w grupie*