



**WIELKOPOLSKI INSTYTUT KSZTAŁCENIA PRZEDMEDYCZNEGO**  
ul. Szmaragdowa 8, 62-020 Swarzędz  
tel. +48 515 400 001 / +48 515 400 002  
e-mail: [biuro@paab.pl](mailto:biuro@paab.pl)  
[www.paab.pl](http://www.paab.pl)

## **FORMULARZ ZGŁOSZENIA** **Kurs First Aid Certification Centre (FACC)**

<b>Wpisz poniżej nazwę wybranego kursu*</b>	<b>Data kursu</b>
<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Data i miejsce urodzenia</b>	
<b>Woj. urodzenia</b>	
<b>Adres</b>	(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu - mieszkania)
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>Dane do rachunku</b>	(prosimy podać NIP)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut PAAB w Swarzędzu w celach dydaktycznych i statystycznych w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997 r. "O ochronie danych osobowych" (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zmianami). Jednocześnie oświadczam, że jest mi znane prawo do wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Zgadzam się z powyższym oświadczeniem i potwierdzam że celem mojego uczestnictwa w wyżej wymienionej formie doskonalenia jest podwyższenie własnych kompetencji i kwalifikacji.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis uczestnika)

### **\*Nazwy kursów**

- FIRST AID RESPONDER PRIMARY CARE AND SECONDARY CARE WITH AED - Adult/Child/Infant (ratownik – pierwszej i dodatkowej pomocy dorosłym, dzieciom i niemowlętom z użyciem AED)**  
**kompletny kurs ratowników pierwszego kontaktu**
- KURS ODNAWIAJĄCY**

**Uwaga** wszystkie pola należy wypełnić drukowanymi literami!