



WIELKOPOLSKI INSTYTUT KSZTAŁCENIA PRZEDMEDYCZNEGO

ul. Szmaragdowa 8, 62-020 Swarzędz

tel. +48 515 400 001 / +48 515 400 002

e-mail: biuro@paab.pl

www.paab.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIA szkolenie dla nauczycieli

ZAZNACZ FORMĘ DOSKONALENIA	<input type="checkbox"/> SZKOLENIE NADAJĄCE KWALIFIKACJE DO NAUCZANIA PIERWSZEJ POMOCY <input type="checkbox"/> SZKOLENIE NADAJĄCE KWALIFIKACJE DO NAUCZANIA PIERWSZEJ POMOCY, ORAZ KURS INSTRUKTORSKI
WYKSZTAŁCENIE UKOŃCZONA UCZELNIA
STAŻ PRACY PEDAGOGICZNEJ	STOPIEŃ AWANSU ZAWODOWEGO
MIEJSCE PRACY
SZKOLENIE W TERMINIE:	I ZJAZD OD DO II ZJAZD OD DO III ZJAZD OD DO
Imię i nazwisko	
Data, miejsce i województwo urodzenia	
Adres	(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu - mieszkania)
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Dane do rachunku	(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 chęć uczestnictwa w wyżej wymienionej formie doskonalenia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis uczestnika)