

.....
(pieczęć firmowa)

.....
(miejscowość, data)

Instytut Transportu Samochodowego
ul. Jagiellońska 80, 03-301 Warszawa
tel.: (22) 43 85 297, fax: (22) 43 85 201

ZGŁOSZENIE uczestnictwa w szkoleniu

Nazwa firmy:

.....
.....

Adres firmy:

.....

Telefon:

Fax:

NIP:

Zgłaszam udział w szkoleniu (nazwa szkolenia):

.....
.....

następujących pracowników (kandydatów na diagnostów lub diagnostów uzupełniających kwalifikacje):

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Numer PESEL	Adres
1					
2					
3					
4					

Termin szkolenia:

Opłatę za szkolenie uregulujemy przelewem na konto Instytutu Transportu Samochodowego:

ALIOR BANK S.A. nr 93 2490 0005 0000 4600 3862 5607

w terminie 14-tu dni od daty otrzymania faktury z ITS.

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

Zgodnie z art. 24 ust. o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (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.

.....
(data)

.....
(podpis osoby reprezentującej firmę)