

.....  
(pieczęć firmowa)

.....  
(miejscowość, data)

Instytut Transportu Samochodowego  
ul. Jagiellońska 80, 03-301 Warszawa  
tel.: (22) 43 85 320, 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.**

Po zakończeniu szkolenia prosimy o wypełnienie ankiety zadowolenia dostępnej pod adresem [http://www.its.waw.pl/ankieta\\_zadowolenia](http://www.its.waw.pl/ankieta_zadowolenia)

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)