



Międzynarodowa Akademia Medycyny Komplementarnej
42-520 Dąbrowa Górnicza ul. Wapienna 17

wpisana do ewidencji placówek kształcenia ustawicznego Urzędu Miasta w Dąbrowie Górniczej pod nr
WO.4430.2.1.2016

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwa kursu		
Imię / imiona nazwisko		
Data i miejsce urodzenia		
PESEL		
Telefon		
Email		
Adres zamieszkania	<i>ulica, nr</i>	
	<i>miasto, kod pocztowy</i>	
	<i>województwo</i>	
	<i>miasto/wieś</i>	
Adres do korespondencji <i>(w przypadku gdy inny niż adres zamieszkania)</i>		
Wykształcenie		
Ukończone kursy, szkolenia z zakresu wyżej wybranego kursu		
Czy jest Pan/Pani osobą pracującą	<ul style="list-style-type: none">• Tak• Nie* <p>*Właściwe podkreślić</p>	

WARUNKI ZGOSZENIA:

1. Formularz należy wypełnić, podpisać i wysłać na adres e-mail: akademiamed.dg@gmail.com wraz z kopią świadectwa potwierdzającego minimum średnie wykształcenie.
2. Odbiór zgłoszenia na kurs zostanie potwierdzony drogą mailową, na adres wskazany w zgłoszeniu.
3. Należy wpłacić wpisowe na rachunek bankowy MSMK w Dąbrowie Górniczej nr 71 1140 2004 0000 3702 7640 9748
4. W razie pytań i wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny pod nr 502 150 590.

Administratorem ww. danych osobowych jest Dyrektor Międzynarodowej Akademii Medycyny Komplementarnej, ul. Wapienna 17, 42-520 Dąbrowa Górnicza. Dane wykorzystane będą do realizacji organizacji kursu. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zarejestrowania i obsługi uczestnika kursu. Przekazane dane nie będą udostępniane innym podmiotom niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do ich treści, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (PUODO0, gdy uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Międzynarodową Akademię Medycyny Komplementarnej w zakresie organizacji kursu zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. 2016 r. poz. 922). Potwierdzam, że zapoznałem/am się ze Statutem Międzynarodowej Akademii Medycyny Komplementarnej i akceptuję program wybranego kursu.

Oświadczam, że przedstawione przeze mnie w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data, czytelny podpis