



Międzynarodowa Akademia Medycyny Komplementarnej w Warszawie
02-776 Warszawa ul. Indiry Gandhi 17B

wpisana do ewidencji szkół i placówek niepublicznych prowadzonej przez m.st. Warszawa
pod numerem 1183 K. - Zaświadczenie nr 7/K/18

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 ZGŁOSZENIA:

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 04 1140 2004 0000 3502 7794 5398**
4. W razie pytań i wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny pod nr tel. 502 150 590.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Międzynarodowej Akademii Medycyny Komplementarnej w Warszawie, ul. Indiry Gandhi 17B, 02-776 Warszawa. 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 (PUODO), 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 w Warszawie i akceptuję program wybranego kursu.

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

.....
data, czytelny podpis