|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY***formularz trzeba wypełnić komputerowo, wydrukować, podpisać, zeskanować,* *wysłać na adres: szkolenia@bloniewopr.pl* |
| **Nazwa szkolenia** *(właściwe zakreślić)* | **Termin** |
| *kurs i egzamin z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy* *szkolenie doskonalące i egzamin recertyfikacyjny kpp**egzamin recertyfikacyjny kwalifikowanej pierwszej pomocy*  |  *25.05.-09.06.2024 r.* *- - - - -* *- - - -*  |
| Adres do przesłania zgłoszenia | szkolenia@bloniewopr.pl | Termin przesłania zgłoszenia | *18.05.2024r.* |
| Informacja o zakwalifikowaniu na szkolenie zostanie przesłana na mailowy adres zwrotny do dnia: | *19.05.2024r.* |
| Termin wniesienia opłaty za szkolenie | *20.05.2024r.* |
| Nr rachunku bankowego | 96 2490 0005 0000 4600 5964 9430 |
| Tytuł przelewu | KPP 25.05.24 / nazwisko imię  |
| **DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA** |
| 1. Imię i nazwisko
 |  |
| 1. PESEL
 |  |
| 1. Nr telefonu
 |  |
| 1. Adres e-mail
 |  |
| 1. kod pocztowy, miejscowość
 |  |
| 1. Ulica, nr domu i mieszkania
 |  |
| 1. Jednostka WOPR (lub inna jednostka
 |  |
| 1. Nr Karty Identyfikacyjnej WOPR / leg WOPR
 |  |
| DANE PŁATNIKA DO FAKTURY (jeśli potrzebujesz otrzymać fakturę za szkolenie): |
| 1. Nazwa firmy
 |  |
| 1. Ulica
 |  |
| 1. Kod pocztowy, miejscowość
 |  |
| 1. NIP
 |  |
| **UPRAWNIENIA i CZŁONKOSTWO UCZESTNIKA**  |
| Posiada kurs kpp i tytuł ratownika | *NIE* | Jednostka współpracująca z systemem PRM | NIE / TAK |
| Nr posiadanego zaświadczenia  | **---** | Nr legitymacji ratownika |  |
| Data wydania | **---** | Ważności leg na rok 2024 | NIE / TAK |
| Podmiot wydający oświadczenie | **---** | Podmiot wydający legitymację |  |

**Proszę uważnie przeczytać poniższe informacje:**

Opłatę za szkolenie w wysokości **900**,- należy dokonać przelewem na podane konto WOPR Błonie

Oświadczam, że:

* 1. powyższe dane osobowe odpowiadają prawdzie
	2. nie posiadam przeciwskazań zdrowotnych do udziału w szkoleniu oraz egzaminie, a za wady zdrowotne, choroby oraz inne przeciwwskazania do udziału w szkoleniu oraz wynikłe z tego zagrożenia Organizator nie ponosi odpowiedzialności.
	3. Zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminu szkolenia i ponoszę pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez nieodpowiednie użycie sprzętu oraz nieprzestrzeganie poleceń instruktorów prowadzących zajęcia.
	4. Posiadam/nie posiadam indywidualne ubezpieczenie NW (od Nieszczęśliwych Wypadków).
	5. w przypadku wycofania się z uczestnictwa w szkoleniu do 8 dni przed jego rozpoczęciem zobowiązuję się do pokrycia 20% kosztów szkolenia, do 4 dni przed jego rozpoczęciem do pokrycia 50% kosztów szkolenia, w dniu rozpoczęcia szkolenia do pokrycia 80% kosztów szkolenia.

W przypadku odwołania szkolenia przez Organizatora przysługuje całkowity zwrot wpłaconej kwoty.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i umieszczenie ich w bazie danych WOPR w Błoniu z siedzibą w Błoniu przy ul. Łąki 2, zgodnie z Ustawą z dnia 24 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000) – nie dotyczy osób posiadających Kartę Identyfikacyjną Członka WOPR.

 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
DATA PODPIS UCZESTNIKA