|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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* | | | *- - - -*  *09.06.2024*  *09.06.2024* |
| Adres do przesłania zgłoszenia | [szkolenia@bloniewopr.pl](mailto:szkolenia@bloniewopr.pl) | Termin przesłania zgłoszenia | *05.06.2024r.* |
| Informacja o zakwalifikowaniu na szkolenie zostanie przesłana na mailowy adres zwrotny do dnia: | | | *06.06.2024r.* |
| Termin wniesienia opłaty za szkolenie | | | *06.06.2024r.* |
| Nr rachunku bankowego | | 96 2490 0005 0000 4600 5964 9430 | |
| Tytuł przelewu | | KPP-R 09.06.24 / 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 **450**,- 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