

Symbol dokumentu: OS-01-03	ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W KURSIE PRZEWOŹNIKÓW DROGOWYCH (ubiegających się o certyfikat kompetencji zawodowych)	Wydanie: 11 z dnia 22.07.2019 Strona: 1 z 1
--------------------------------------	---	--

Podstawowe informacje dla zainteresowanych szkoleniem

1. Organizator kursu: Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego, 65-339 Zielona Góra, ul. Nowa 4B.
2. W kursie mogą uczestniczyć osoby, które złożyły wypełnione i podpisane zgłoszenie uczestnictwa oraz przedłożyły dowód uiszczenia opłatyⁱ.
3. Opłata za udział w kursie wynosi 1200 zł.
4. W ramach opłaty za kurs organizator zapewnia materiały szkoleniowe oraz napoje.ⁱⁱ

Klauzula informacyjna

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Organizator kursu.
2. Kontakt do Inspektora ochrony danych : odo@zg.wordy.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia szkolenia na podstawie Art 6. ust. 1 lit b) RODO.
4. Pani/Pana dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania od Administratora usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych, prawo do wniesienia sprzeciwu z przyczyn uzasadnionych szczególnie sytuacją wobec przetwarzania danych, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Prawa te można zrealizować poprzez kontakt z administratorem lub kontakt Inspektorem Ochrony Danych.
6. Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do wystawienia faktury, zaświadczenia o ukończeniu szkolenia oraz utrzymania rejestru osób przeszkolonych jest obowiązkowe za wyjątkiem adresu email oraz numeru telefonu podawanych w celu ułatwienia kontaktu dotyczącego realizowanej usługi, które jest dobrowolne.
7. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres określony w przepisach o rachunkowości dla dokumentów księgowych.

(w y p e ł n i a j ą z a i n t e r e s o w a n i)

Dane osobowe uczestnika

Nr PESEL _____

Nazwisko i Imię (imiona)

Data i miejsce urodzenia _____
(dzień, miesiąc i rok) (miejsowość)

Adres zamieszkania:
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer budynku i mieszkania)

Telefon:, e-mail:

Dane płatnika do faktury VAT

Nazwa lub imię i nazwisko nabywcy

NIP _____

Adres:
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer budynku i mieszkania)

.....
(miejscowość i data) (podpis zgłaszającego)

ⁱ Opłatę za udział w szkoleniu można wnieść w WORD Zielona Góra w godz. 07.00-15.00 bądź na rachunek:
 BANK PEKAO SA O/Zielona Góra 06 1240 6843 1111 0000 4982 0546.

ⁱⁱ Informacji dodatkowych udzielają pracownicy Wydziału Szkolenia:
 – telefonicznie pod numerem: 68/47 65 393,
 – osobiście: p. 107 i 113 (I piętro).