Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie Centrum Edukacji Zawodowej

**01 – 231 Warszawa, ul. Płocka 17 lok. 25 – tel. 22 862 52 93, 22 862 35 75, 22 862 35 76, fax 22 862 52 95**

**e-mail:** **szkolenie@skp-ow.com.pl**

Wypełnia pracownik placówki

Numer ewidencyjny (ZSI)

…………………………………….……………...

#  **ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W KURSIE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Język polski dla obcokrajowców - poziom A1 |

**Preferowana forma kursu:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | stacjonarnie |

|  |  |
| --- | --- |
|  | online |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| **Imiona** |  |
| Adres  |  |
| **Numer telefonu** |  | **Data urodzenia** |  |
| Miejsce urodzenia |  | E-mail |  |
| **PESEL**  |  |

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie w celach związanych z organizacją i realizacją kursów (szkoleń) przez placówkę kształcenia ustawicznego pod nazwą Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie Centrum Edukacji Zawodowej, w tym przeprowadzanych egzaminów, a także w celu wydania dokumentów poświadczających odbycie kursu (szkolenia) oraz wyników przeprowadzonego egzaminu. |
|  |
|  |

**Do zgłoszenia załączam potwierdzenie nadania numeru PESEL**

**Oświadczam, że przekroczyłem/am granicę po 24 lutego 2022 r.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis uczestnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wypełnioną kartę zgłoszenia proszę przesłać na adres mailowy: biuro@skp-ow.com.pl