



MAZOWIECKI
ODDZIAŁ
OKRĘGOWY

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA KURSU

Mazowieckiego Oddziału Okręgowego Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie
ul. Szańcowa 25, 01-458 Warszawa, tel fax.: 22 50-65-191, 22 50 65 194 kom.607-050-655
www.mazowieckie.pck.pl

*Prosimy wypełnić czytelnie (drukowanymi literami) i dostarczyć osobiście lub listownie do
Sekretariatu MOO PCK - usługi opiekuńcze pok. 04*

NAZWA KURSU:

DANE OSOBOWE

Nazwisko:	Imiona:		
Nazwisko panięskie:	Imię ojca:	Imię matki:	
Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:		
Powiat:	Województwo:		
Seria i numer dowodu osobistego, wydany przez:		Numer ewidencyjny PESEL:	
NIP:			

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Ulica:		Nr domu, mieszkania:		Ulica:		Nr domu, mieszkania:	
Kod:	Miejscowość:			Kod:	Miejscowość:		
Tel. (wraz z kierunkowym):				Tel. (wraz z kierunkowym):			
e-mail:				e-mail:			

Nazwa i adres miejsca pracy

Nazwa firmy /szkoły/					
Ulica:		Nr:	Kod:	Miejscowość:	
Tel.:		Fax:			
e-mail:					

Wykształcenie

Nazwa szkoły	Kierunek/Specjalność:	Rok ukończenia:	Nr dyplomu:
1.			
2.			

Załączniki:

- odpis dokumentu potwierdzającego wymagane wykształcenie
- dowód wniesionej opłaty za kurs

Oświadczenie:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych dla realizacji sprawnego funkcjonowania procesu dydaktycznego kursu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. 2002 r. Nr 101, poz. 926).
2. Zobowiązuję się do przestrzegania obecności na zajęciach i spełniania ustalonych przez kierownika kursu wymagań.
3. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie są prawdziwe.

Warszawa, dnia

Podpis uczestnika kursu

Potwierdzenie odbioru dokumentów:

Potwierdzam odbiór:

-
-
-

Warszawa, dnia

Podpis uczestnika kursu

Opłat należy dokonać na rachunek Bank Millenium przed rozpoczęciem kursu:

63 1160 2202 0000 0002 3706 6215

z dopiskiem **opłata za kurs**.....

(nazwa kursu)