

Kraków, dnia



ZGŁOSZENIE NA KURS

Zgłaszam swoje uczestnictwo w KURSIE NA DIAGNOSTÓW SAMOCHODOWYCH

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL

URODZONY/A DNIA W.....

ADRES ZAMELDOWANIA

NUMER DOWODU OSOBISTEGO

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES E-MAIL

WYKSZTAŁCENIE.....

STANOWISKO

MIEJSCE PRACY.....

DANE DO FAKTURY:

NABYWCA /PEŁNA NAZWA FIRMY/

NIP

ADRES.....

Kraków, ul. Felicjanek 14/2

www.oes.com.pl

tel. kom: 511-337-717

tel./fax: 12 422-02-66

e-mail: biuro.oes@interia.eu

NIP: 675-117-38-56

REGON: 356279242

nr konta: 39 1500 1979 1219

7003 4241 0000

.....
Podpis uczestnika kursu
Potwierdzam zgodność powyższych danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych umieszczonych w niniejszym podaniu, przez OSK „OES” Kraków wyłącznie do celów szkoleniowych przy zachowaniu ich poufności i nieprzekazywaniu ich dalej zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002 r. Nr 101, poz. 926z późniejszymi zmianami).