**Formularz zgłoszeniowy** Początek formularza**Kurs Terapia Ręki I i II stopnia**

Termin: online 8 luty 2025 r., stacjonarnie (Bydgoszcz) 9 luty 2025 r.

Opłata za I i II stopień kurs: 590 zł, Partnerzy PTK z opłaconą składką minus 50 zł.

**Konto**: Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne, Nest Bank nr 63 2530 0008 2054 1063 8843 0001

**Imię, nazwisko**: ……………….…………………………………………………….………………… **PESEL** …………..………………….…………………….

**Wykształcenie** średnie wyższe\*

**Adres zamieszkania**: ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………

**Data urodzenia**: ……………….………..**Miejsce urodzenia**: ………………………………….... **województwo** ………………….………………

**Dane do wystawienia rachunku** : ……………….……..………………………………………………………………..…..………………………………….

……………………………….…………………………………………..…………………………………………………………………………………..……………………

**Telefon**: …………………………………………………………. **E-mail**: ………………………….…………….……………….….………………………………

**Jestem członkiem Programu Partner PTK** TAK NIE\*

**Telefon**: ………………………………………………….……………………. **E-mail**: …………………………..……………….…………………………………

\* Właściwe proszę zaznaczyć

Podanie danych jest dobrowolne. Podanie danych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości świadczenia usługi szkoleniowej przez naszą Placówkę.

**Deklaracja, cele i podstawa prawna przetwarzania danych**:

1. Oświadczam, że powyższe informacje są pełne i zgodne z prawdą.

2. Dane będą przetwarzane w celu przeprowadzenia rekrutacji na kurs, realizacji kursu jak również wystawienia zaświadczenia ukończenia kursu i otrzymywania informacji handlowej o kursach. Ogólne zasady przetwarzania danych osobowych w placówkach oświatowych reguluje prawo o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

3. Wyrażam zgodę na otrzymywanie na mój adres mailowy informacji handlowej z zakresu kursów i szkoleń.

4. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż wraz z rejestracją na kurs akceptuję warunki regulaminu uczestnictwa w kursie (dostępny w siedzibie Placówki) oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zg. z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 10 maja 2018 r. oraz RODO na potrzeby rekrutacji, realizacji w/w kursu, wydania zaświadczenia ukończenia kursu.

………………………….………………….., dn…………………………….. ……….…………………………………………….

**Miejscowość, data Podpis**