



SAMODZIELNY INSTYTUT KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO KADR MEDYCZNYCH

ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa

ikpmed.pwsbia.edu.pl sekretariat@ikpmed.pwsbia.edu.pl 22 559 22 39

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY na KURS SPECJALISTYCZNY – PRAKTYCZNY DLA FIZJOTERAPEUTÓW

nazwa kursu	
imię	
nazwisko	
ulica, nr domu / mieszkania	
miejsowość	
kod, poczta	
e-mail	
telefon	

Wymagane dokumenty:

- zaświadczenie o studiowaniu
lub
- dyplom ukończenia studiów wyższych
- dowód wniesionej opłaty za kurs
studenci – 250 zł
absolwenci – 300 zł
- kserokopia dowodu osobistego

KONTO BANKOWE UCZELNI:

Prywatna Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, Komputerowych i Medycznych

ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa

Bank Gospodarstwa Krajowego III o / Warszawa

nr konta: 37 1130 1062 8000 0000 0000 6785

dopisek: kurs fizjoterapia



SAMODZIELNY INSTYTUT KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO KADR MEDYCZNYCH

ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa

ikpmed.pwsbia.edu.pl sekretariat@ikpmed.pwsbia.edu.pl 22 559 22 39

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/ny o realizacji szkolenia, o regulaminie i warunkach odbycia szkolenia.
3. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu promocji Samodzielnemu Instytutowi Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa.

4. Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE*, Samodzielnemu Instytutowi Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa informuje, iż:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielnemu Instytutowi Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa, tel. (22) 559 22 39, sekretariat@ikpmed.pwsbia.edu.pl
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji szkolenia.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją ich nie podania będzie brak możliwości odbycia szkolenia.
- Pani/Pana danych osobowych nie będą przekazywane innym Odbiorcom.
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- Każdy uczestnik szkolenia posiada prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Instytut Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa.

miejsowość, data

czytelny podpis