



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane uczestnika kursu			
imię		nazwisko	
tel. kontaktowy		e-mail	
Adres do korespondencji ( opcjonalnie)			
ulica, nr domu		miasto, kod	
Dane do rachunku			
nazwa firmy		miasto, kod	
ulica, nr lokalu		NIP	

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych Jest Agnieszka Górecka prowadząca działalność gospodarczą pod nazwą Agnieszka Górecka Akademia Rozwoju Zawodowego MEDICA 05-084 Leszno ul Warszawska 21
2. Podstawą przetwarzania danych osobowych (imię, nazwisko, PESEL, miejsce urodzenia, data urodzenia, adres do korespondencji, dane do rachunku) jest art. 6 ust. 1 pkt b) RODO – przetwarzanie danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym jest niezbędne do prawidłowego wykonania umowy o świadczenie usług, której jest Pani/Pan stroną.
3. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji umowy oraz w okresie do zakończenia terminu przedawnienia roszczeń wynikających z niniejszej umowy.
4. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do prawidłowego wykonania umowy o świadczenie usług.
5. Podstawą przetwarzania danych osobowych takich jak nr telefonu i adres e-mail jest art. 6 ust. 1 pkt a) RODO – wyrażona przez Panią/Pana zgoda.
6. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu cofnięcia udzielonej przez Panią/Pana zgody.
7. Podanie tych danych jest dobrowolne, jednakże usprawni kontakt i ułatwi realizację umowy.

Podanie powyższych danych jest dobrowolne, a ponadto każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, do ich poprawienia.

8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
9. Ponadto w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Od 25 maja 2018r. jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Dane osobowe będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim jedynie w zakresie realizacji umowy.
11. Dane nie będą podlegały profilowaniu.

#### Oświadczenie

1. Oświadczam, iż zapoznałem/łam się i akceptuję warunki uczestnictwa w kursie zorganizowanym przez Akademię Rozwoju Zawodowego „MEDICA”.
2. Oświadczam, iż znany jest mi całkowity koszt szkolenia.
3. Zobowiązuję się do opłacenia kosztów szkolenia w wysokości .....zł.  
słownie:(.....)  
.....) z możliwością wnieścia opłaty w systemie ratalnym 1x .....zł przed rozpoczęciem szkolenia , 1x.....zł w dniu rozpoczęcia szkolenia 3x .....zł jeden raz w miesiącu w trakcie trwania szkolenia. **Znany jest mi koszt egzaminu w wysokości 150zł** płatne przed, lub w dniu jego przeprowadzenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z "Regulaminem organizacji kursów „Akademia Rozwoju Zawodowego MEDICA, akceptuję i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....(data)  
.....(podpis)

#### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Agnieszka Górecka Akademia Rozwoju Zawodowego MEDICA moich danych osobowych (imię, nazwisko, adres poczty elektronicznej, nr telefonu) w celach informacyjnych i marketingowych, w szczególności w zakresie skierowania pod moim adresem oferty, poinformowania o nadchodzącym terminie kursu, płatności, aktualnych promocjach lub nowych ofertach oraz w celu nawiązania kontaktu, zgodnie z treścią rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Przyjmuję do wiadomości, że zgoda na przetwarzanie danych osobowych może być cofnięta w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

..... (data)  
..... (podpis)

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi przez Akademię Rozwoju Zawodowego MEDICA za pomocą Środków komunikacji elektronicznej (poczty elektronicznej i/lub telefonu, w tym sms) oferty szkoleniowej oraz informacji o: zawarciu i wykonywaniu umowy, nadchodzącym terminie płatności, oferowanych produktach i usługach, aktualnych promocjach, na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej cofnięciem.

.....(data)

.....(podpis)