

ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA SZKOLENIA

NAZWA SZKOLENIA

TERMIN SZKOLENIA

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia

Dane do faktury

E-mail

Telefon kontaktowy

Wykształcenie*

Miejsce pracy / stanowisko

Uwagi

* Do zgłoszenia prosimy załączyć skan dyplomu potwierdzającego wykształcenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym w procesie rekrutacyjnym uczestników ww. szkolenia organizowanego przez Centrum Szkoleń Kadry Medycznej Uzdrowisk Kłodzkich SA – Grupa PGU - zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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).

Podpis

Podanie ww. danych jest dobrowolne, ale konieczne w celu wzięcia udziału w rekrutacji. Podmiotowi danych osobowych przysługuje prawo dostępu do ich treści, ich sprostowania, usunięcia oraz prawo cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, które miało miejsce przed cofnięciem zgody.

 Zgłoszenie prosimy przestać na adres: centrum.szkoen@uzdrowiska-klodzkie.pl