

Jeżeli są Państwo zainteresowani ofertą szkoleń Szkoły Ratownictwa WSPRiTS „MEDITRANS” SP ZOZ w Warszawie, prosimy o wypełnienie formularza.

## Formularz zgłoszeniowy

### Kwalifikowana Pierwsza Pomoc

Imię \*

Nazwisko \*

Adres e-mail \*

Numer telefonu kontaktowego \*

Proponowane miejsce szkolenia

Termin szkolenia \*

Liczba uczestników szkolenia: \*

Uwagi / Pytania

*Pola oznaczone gwiazdką (\*) są obowiązkowe do wypełnienia, bez nich formularz nie zostanie wysłany*

Wysyłając zgłoszenie wyrażasz zgodę na przechowywanie Twoich danych osobowych przez Szkołę Ratownictwa z siedzibą w Warszawie, przy ul. Brzeskiej 12, NIP 526-17-36-429, REGON 000294674. Dane te będą wykorzystane **wyłącznie** do kontaktu z Tobą oraz do wymaganej przepisami prawa ewidencji.

**Twoje dane nie zostaną wykorzystane do żadnych innych celów oprócz prowadzenia z Tobą korespondencji w sprawie szkoleń i informowania o nich. Twoich danych nie prześlemy żadnej innej firmie.** Zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. nr 133 poz. 883 masz prawo do wglądu do danych, ich poprawiania i usunięcia.

**Wyślij formularz**