



Kraków, dnia

ZGŁOSZENIE NA KURS

Zgłaszam swoje uczestnictwo w KURSIE NA DIAGNOSTÓW SAMOCHODOWYCH

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL

URODZONY/A DNIA W.....

ADRES ZAMELDOWANIA

NUMER DOWODU OSOBISTEGO

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES E-MAIL

WYKSZTAŁCENIE.....

STANOWISKO

MIEJSCE PRACY.....

DANE DO FAKTURY:

NABYWCA /PEŁNA NAZWA FIRMY/

NIP

ADRES.....

JEŚLI JESTEŚ ZAINTERESOWANY KONTAKTEM PRZEZ APLIKACJĘ SPOŁECZNOŚCIOWE PODAJ NAM SWOJĄ NAZWĘ UŻYTKOWNIKA:

FACEBOOK:

INSTAGRAM:

SNAPCHAT:

TWITTER:

WHATSAPP:

VIBER:

Kraków, ul. Kościuszki 54

www.oes.com.pl

tel. kom: 511-337-717

tel./fax: 12 422-02-66

e-mail: biurokosciuszki@oes.com.pl

NIP: 675-117-38-56

REGON: 356279242

nr konta: 39 1500 1979 1219

7003 4241 0000

.....
Podpis uczestnika kursu
Potwierdzam zgodność powyższych danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu 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 (RODO).