

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Prosimy czytelnie wypełnić formularz i przesać **skan** na adres [szkolenia@arp.gda.pl](mailto:szkolenia@arp.gda.pl) lub **faksem** na numer **(+58) 32 33 200**.

Tytuł szkolenia	<b>KURS INSPEKTORA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH</b>
Termin	27-28 września 2018; 03-04 października 2018
Koszt	<b>1480 zł netto (+23% VAT) – cena promocyjna obowiązująca do 10 września br.</b> 1850 zł netto (+23% VAT) – cena obowiązująca po 10 września br. Dla płacących za szkolenie co najmniej w 70% ze środków publicznych cena zwolniona z VAT

## DANE UCZESTNIKA:

Imię/imiona i nazwisko: .....

PESEL\*: ..... miejsce urodzenia\*: ..... województwo\*: .....

telefon kontaktowy: ..... e- mail: .....

\* *Dane niezbędne do wydania zaświadczenia na podstawie § 18 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. poz. 1632).*

*W związku z Rozporządzeniem 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) wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Agencję Rozwoju Pomorza S.A. do celów organizacyjnych oraz marketingowych z zachowaniem prawa do ich wglądu i poprawiania. Osoba, której dane przetwarzamy posiada prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (jeżeli została wyrażona) w dowolnym momencie.*

Data .....

Podpis uczestnika.....

## DANE DO FAKTURY:

**ZGŁOSZENIE INDYWIDUALNE** - faktura na osobę indywidualną zostanie wystawiona na podstawie danych:

Adres: .....

**ZGŁOSZENIE PRZEZ PRACODAWCĘ** - faktura na pracodawcę zostanie wystawiona na podstawie danych:

Nazwa firmy: .....

Adres: ..... NIP : .....

kod: ..... miejscowość: .....

telefon / faks: .....

**Udział w szkoleniu jest finansowany w co najmniej w 70% ze środków publicznych:** TAK  NIE

## WARUNKI UCZESTNICTWA W KURSIE:

1. Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić odręcznym piśmem, podpisać przez uprawnioną osobę do reprezentowania firmy i wysłać (poczta, mail - skan lub fax) do Agencji Rozwoju Pomorza S.A.
2. Po otrzymaniu potwierdzenia od organizatora o moim udziale w szkoleniu, zobowiązuję się do uiszczenia opłaty na podstawie danych w formularzu, przelewem na konto **mBank S.A. 55-11401065-0000-29284500-1001** w terminie minimum 2 dni przed rozpoczęciem szkolenia i przedłożenia potwierdzenia wpłaty Agencji Rozwoju Pomorza S.A.
3. W przypadku rezygnacji z udziału w szkoleniu zobowiązuję się do przesłania jej w formie pisemnej opatrzonej własnoręcznym podpisem (poczta, mail - skan lub fax). W przypadku niezgłoszenia rezygnacji do 2 dni roboczych przed rozpoczęciem szkolenia pokryję całość kosztów szkolenia. Brak wpłaty za szkolenie nie jest uznawane za rezygnację.
4. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania szkolenia z przyczyn od siebie niezależnych, przy całkowitym zwrocie wpłaty za uczestnictwo w szkoleniu.

Data .....

Podpis osoby uprawnionej.....

Agencja Rozwoju Pomorza S.A.

Dział Rozwoju Przedsiębiorczości  
Al. Grunwaldzka 472 D, 80-309 Gdańsk  
tel.: (058) 32 33 143, (058) 32 33 253 fax: (058) 32 33 200  
[www.arp.gda.pl](http://www.arp.gda.pl) [szkolenia@arp.gda.pl](mailto:szkolenia@arp.gda.pl)



Posiadamy akredytację  
Krajowego Systemu Usług  
dla Małych i Średnich  
Przedsiębiorstw