



ZGODA

Imię i Nazwisko:

Adres do korespondencji:.....

.....

Województwo:

Data urodzenia:

Telefon kom:

Tel./fax:

E-mail:

Tytuł i nr dyplomu:.....

Dane do faktury:

.....

.....

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Reha Plus Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie, ul. Tuchowska 6B, 30-618 Kraków i Reha Plus Rehabilitacja siedzibą w Krakowie, ul. Karpińskiego 5, 30-657 Kraków, dla celów zawarcia umowy o szkolenie i jej realizacji oraz w celach marketingowych.** Dane są chronione zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że wiem o moim prawie do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

.....

Data i czytelny podpis