

Formularz zgłoszeniowy

KURS TERAPIA RĘKI SPASTYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ WILKIMI LITERAMI

1. Nazwisko i imię:

2. Imiona rodziców:

3. Data i miejsce urodzenia:

5. Nr telefonu..... e-mail:

4. PESEL:

6. Wykształcenie, tytuł zawodowy:

7. Ukończona szkoła/uczelnia

8. Adres zamieszkania:

(ulica, nr domu, miejscowość, kod pocztowy)

9. Adres do korespondencji:

(Wpisać gdy jest inny od adresu zamieszkania: ulica, nr domu, miejscowość, kod pocztowy)

10. Kto finansuje koszty kształcenia na:

- samodzielnie

- pracodawca

- inna instytucja

Oświadczam, że powyższe dane podałem/łam zgodnie ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb procesu rekrutacji w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Witelona w Legnicy zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz.1182).

.....
(Czytelny podpis Kandydata)

Niniejszym zobowiązuję się do sfinansowania kosztów kształcenia na w/w kursie doszkalającym prowadzonym w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Witelona w Legnicy, w roku akademickim: w wysokości: **500 zł**, słownie złotych: trzysta dwadzieścia. Należność za usługi edukacyjne na kursie zobowiązuję się wpłacić jednorazowo na konto Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy w **Banku Zachodnim WBK S.A. O/Legnica, nr 41 1090 2066 0000 0001 1167 8553**, z dopiskiem: **"Kurs terapia ręki spastycznej"**.

.....
(Czytelny podpis Kandydata)

Do niniejszego formularza załączam:

- kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadane wykształcenie