**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA 2 OSÓB**

należy odesłać w formie skanu j.styczen@olimpiadspecjalne.pl lub faxu 22 621 84 18

**do 26 lutego 2014r.**

**Do wyboru są dwa terminy szkolenia\*:**

1. 14 marca 2014r. – w godz. 15.00-20.00
2. 15 marca 2014r. – w godz. 9.00-14.00

\*O przyjęciu na szkolenie decyduje kolejność zgłoszeń na dany termin.

**UWAGA!** Szkolenie finansowane będzie ze środków PFRON i podczas realizacji projektu, przy przetwarzaniu danych osobowych, zobowiązani jesteśmy jest do przestrzegania obowiązków administratora danych osobowych, wynikających z przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.). Dla każdego uczestnika przygotowane zostanie oświadczenie, że wyraża zgodę do przetwarzania danych w ramach projektu PFRON.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko uczestnika** **nr 1** | 1. |
| Dane kontaktowe uczestnika nr 1 | Tel./e-mailPESELDokładny adres zameldowania(ulica, numer domu i mieszkania, kod) |
| **Imię i nazwisko uczestnika** **nr 2** | 2. |
| Dane kontaktowe uczestnika nr 2 | Tel./e-mailPESELDokładny adres zameldowania(ulica, numer domu i mieszkania, kod) |
| Reprezentowana szkoła/placówka/instytucja(nazwa i adres) |  |
| Dane i podpis osoby zgłaszającej powyższe osoby do udziału w szkoleniu (e-mail kontaktowy, funkcja pełniona przez daną osobę) |  |