



SZKOLENIE FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Miejsce pracy:

Adres zakładu pracy:

Stanowisko:

Tel. kontaktowy:

e-mail:

Oczekiwania względem szkolenia:

.....

Termin szkolenia

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania na szkolenie zobowiązuje się do uczestnictwa w całości szkolenia. W przypadku rezygnacji ze szkolenia przed jego rozpoczęciem lub w trakcie jego trwania zobowiązuje się do pokrycia jego kosztów.

Tak

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, do celów organizacji „Szkolenia realizatorów programów profilaktycznych, pedagogów z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych” organizowanego przez Towarzystwo Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu, zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883). Wiem, iż w każdej chwili mam prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Swoje dane osobowe udostępniam dobrowolnie.

Tak

**Projekt współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących
w dyspozycji Ministra Zdrowia**

