

KARTA SŁUCHACZA Policealna Szkoła Medyczna „ELITA”

04-028 Warszawa, al. Stanów Zjednoczonych 51, tel. 022 517-77-40,
e-mail: manager@szkolenia-manager.pl

Prosimy o wypełnianie karty czytelnie, dużymi literami

1. Nazwisko i imiona
2. Nazwisko rodowe....., nazwisko rodowe matki.....
3. Imię matki, imię ojca
4. Data i miejsce urodzenia.....obywatelstwo.....
5. Nr dowodu osobistego, wydany przez,
dnia, PESEL:
6. Miejsce zameldowania-pobyt stały
7. Adres do korespondencji.....
8. Telefon:
9. Stosunek do powszechnego obowiązku obronynr książeczki.....
10. Przynależność ewidencyjna do **WKU**.....
11. W przypadku pobierania renty (podać nazwę i adres płatnika)
-
14. W razie wypadku zawiadomić:

Imię, nazwisko, pełny adres, telefon

*Ja, niżej podpisana(y) świadoma(y) odpowiedzialności prawnej, oświadczam,
że wszystkie podane w tym dokumencie dane są zgodne z prawdą.
Zobowiązuję się również do bieżącej aktualizacji podanych informacji.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych w karcie moich danych osobowych
na potrzeby niezbędne do realizacji procesu dydaktycznego w firmie:
CE manager Zofii Depczyk)\$-)24 Warszawa, ul. Międzyborska 60 m. 29;
LO dla dorosłych ELITA, 04-028 Warszawa, al. Stanów Zjednoczonych 53
– system zaoczny, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r.
o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997r. nr 133, poz. 883 z późn. zm.)*

Warszawa, dnia

.....
Czytelny podpis osoby składającej niniejszą kartę