

**KARTA SŁUCHACZA**

**PSZ „MED – ELITA”**

**04-028 Warszawa Al. Stanów Zjednoczonych 51 tel. (22) 879-87-66**

**szkolaelita@gmail.com**

**Prosimy o wypełnienie karty czytelnie, drukowanymi literami**

**1. Nazwisko i imiona……………………………………………………………………………………………………………**

**2. Nazwisko rodowe……………………………………………………………………………………………………………..**

**3. Imiona rodziców………………………………………………………………………………………………………………**

**4. Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………………………………………………...**

**5. Obywatelstwo………………………………………………………………………………………………………………….**

**6. PESEL…………………………………………………………………………………………………………………………**

**7. Adres zamieszkania /miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, województwo/……………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**8. Numer telefonu………………………………………………………………………………………………………………..**

**9. Adres e – mail : ……………………………………………………………………………………………………………...**

**10. Numer telefonu osoby do kontaktu…………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………**

 **Data i czytelny podpis**

Zgodnie z art. 23 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. , nr 101, poz 926 tj. z późn. zm) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie zawartym w powyższej ankiecie/ karcie słuchacza przez Policealną Szkołę Zawodową „MED-ELITA” w celach związanych z rekrutacją, oraz nauką w placówkach prowadzonych przez PSZ „MED-ELITA” w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a , iż administratorem moich danych osobowych jest PSZ „MED-ELITA” z siedzibą w Warszawie, Al. Stanów Zjednoczonych 51/506. Dane podawane są dobrowolnie, przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz prawo ich oprawienia, a przekazane przeze mnie dane będą przetwarzane w celach zgodnych z treścią udzielonych powyżej zgody.

…………. ………………………………

 **Data i podpis składającego oświadczenie**

**□** Wyrażam zgodę na przesyłanie i przekazywanie przez PSZ „MED-ELITA” z siedzibą w Warszawie na podany przeze mnie numer telefonu informacji dotyczących potrzeb szkolnych informacji handlowych o ofercie PSZ „MED-ELITA” oraz podmiotów z nią współpracujących. Zostałem poinformowany o prawie odwołania powyższej zgody w każdym czasie.

 ………………………………………………………

 **Data i podpis składającego oświadczenie**

**□** Wyrażam zgodę na przesyłanie przez PSZ „MED-ELITA” z siedzibą w Warszawie na podany przeze mnie adres e –mail i informacji dotyczących potrzeb szkolnych, informacji handlowych o ofercie PSZ „MED-ELITA” oraz podmiotów z nią współpracujących. Zostałem poinformowany o prawie odwołania powyższej zgody w każdym czasie.

 ………………………………………………………

 **Data i podpis składającego oświadczenie**

**□** Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez PSZ „MED-ELITA” z siedzibą w Warszawie, lub przez inne podmioty na jej zlecenie mojego wizerunku utrwalonego w czasie nauki Centrum Edukacji „manager” w celu promocji i informacji o działalności PSZ „MED-ELITA” poprzez jego zwielokrotnianie dostępnymi technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz upublicznianie w formie elektronicznej i drukowanej, w tym w Internecie, na portalach społecznościowych, prasie, ulotkach, informatorach. Zostałem poinformowany o prawie odwołania powyższej zgody w każdym czasie.

 ………………………………………………………

 **Data i podpis składającego oświadczenie**