

# Formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w kursie recertyfikującym uprawnienia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy

Zgłaszam chęć uczestnictwa w kursie recertyfikującym uprawnienia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy organizowanym przez Biuro Kadr Medycznych ([www.biurokadrmed.pl](http://www.biurokadrmed.pl))

Imię i nazwisko:

Numer pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa instytucji  
prowadzącej poprzedni  
Kurs KPP  
– data wydania zaświadczenia

Organizacja/jednostka:  
wspierająca PSRM

Adres mailowy:

Telefon kontaktowy:

- ✓ Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- ✓ Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie i mój stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w prowadzonych zajęciach.
- ✓ Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy.
- ✓ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Biuro Kadr Medycznych do celów szkoleniowych. (Dz. U. nr 133, poz. 833 z dnia 29.08.97 o ochronie danych osobowych).

Podpis uczestnika kursu:

Data i miejscowość: