 Szkoła Bezpieczeństwa
 ABO sp. z o.o., ul. Tytusa Chałubińskiego 9, lok.2
 02-004 Warszawa, NIP 7010795453,
 tel.: 694 084 481, www.szkolabezpieczenstwa.pl
 mail: biuro@szkolabezpieczenstwa.pl

**FORMULARZ REJESTRACYJNY**

**Kurs Doskonalący Umiejętności
Kwalifikowanych Pracowników Ochrony Fizycznej**

1. Imię (imiona): ……………………………………………...
2. Nazwisko: ………………………………………………….
3. Data i miejsce urodzenia: …………………………………..

………………………………………………………………

1. Pesel: ……………………………………………………….
2. Dane do faktury: ……………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

1. Telefon: ……………………………………………………..
2. Mail: ………………………………………………………...
3. Płatność za kurs (najpóźniej w dniu rozpoczęcia):

 □ gotówka □ przelew □ karta

Nr konta wpłat: 30 1870 1045 2078 1072 2162 0001

□ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz.U.z 2015r., poz. 2135 z późn. zm.).

 …………………………………..…
 (data, czytelny podpis)