

Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych s.c.

www.instytutzielarstwa.pl

**FORMULARZ REJESTRACYJNY
KURS ZAWODOWY NATUROPATA
KOD ZAWODU 323009**

Imię i nazwisko	
Imiona i nazwisko rodziców/nazwisko rodowe	Ojciec Matka
Data i miejsce urodzenia	Data Miejsce
PESEL	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny	
Telefon, adres mail– dane kontaktowe do przesyłania opracowań i materiałów do nauki	Telefon mail
Wykształcenie (wyższe, średnie z maturą, średnie bez matury)	
Nazwa i adres UKOŃCZONEJ szkoły średniej (nie musi być ukończona maturą) lub wyższej	Nazwa Adres
Data ukończenia szkoły średniej	Data
Preferowana forma uczestnictwa w zajęciach teoretycznych:	Zdalna Bezpośrednio na sali
Dane do faktury na firmę: Imię i nazwisko, nazwa, adres, NIP	

1. Do zgłoszenia proszę dołączyć kserokopię **potwierdzenia ukończenia szkoły średniej** lub wyższej oraz potwierdzenie wpłaty

Całość dokumentów należy dostarczyć podczas pierwszego spotkania szkoleniowego lub na adres email: biuro@instytutzielarstwa.pl

2. Numer konta do wpłat:

mBank, nr rachunku 30 1140 2004 0000 3402 7648 2801

3. Złożenie formularza rejestracyjnego traktowane jest jako zgłoszenie uczestnictwa w ww. kursie i zobowiązuje zgłaszającego do podjęcia działań określonych w opisie kursu. Jest także formą akceptacji zobowiązań pomiędzy kursantem a jednostką szkoleniową.

4. Dokładne warunki realizacji kursu oraz płatności zawarte są w umowie szkoleniowej, potwierdzającej powyższe ustalenia.

5. Zgłoszenie jest kompletne tylko po podpisaniu klauzuli dotyczącej przetwarzania danych zgodnie z RODO – tekst poniżej. Prosimy o zapoznanie się z jego treścią oraz podpisanie we wskazanym miejscu.

**ZGODA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH ZGODNIE Z PRZEPISAMI RODO
Z DNIA 25 .05.2018**

Szanowni Państwo,
w związku z wejściem w życie w dniu 25.05.2018 nowego prawa o ochronie danych osobowych tzw. RODO oraz w trosce o Państwa prywatność, przekazujemy do Państwa prośbę o wyrażenie zgody, że chcą Państwo otrzymywać od nas informacje o szkoleniach, materiałach do nauki, konferencjach oraz innych wydarzeniach zielarskich.

Jeśli wyrażają Państwo zgodę na otrzymywanie od nas maili oraz/lub informacji drogą telefoniczną z ofertami wydarzeń zielarskich i szkoleniowych, prosimy o podpisanie niniejszego pisma podając swoje imię i nazwisko, adres, mail i telefon oraz słowo „zgoda”.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH W CELACH MARKETINGOWYCH I INFORMACYJNYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych s.c. J. Nestorowicz - Kiegiel, K. Garbowski, ul. Wieluńska 13, Kamieńsk 97-360 (będący jednocześnie administratorem danych) oraz podmiotów z nimi powiązanych, moich danych osobowych w postaci adresu, e-mail i/lub numeru telefonu w celach marketingowych. Przyjmuję do wiadomości, że przetwarzanie danych osobowych będzie łączyło się z wysyłką na podany przeze mnie adres e-mail i/lub numer telefonu ofert i informacji o promocjach obowiązujących w Instytucie Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych s.c., Grupie Zielarskiej Herbaria. Przyjmuję do wiadomości, że zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać w każdej chwili wycofana. Przyjmuję też do wiadomości wszystkie prawa wynikające z RODO, w tym do bycia zapomnianym, wykreślonym z bazy danych. Uzyskane dane nie będą profilowane.

Więcej informacji dotyczących gromadzenia, przetwarzania i ochrony danych osobowych, a także wdrożonych procedur w firmie Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych s.c. oraz Grupie Zielarskiej Herbaria można uzyskać kontaktując się mailowo biuro@grupaherbaria.pl lub telefonicznie tel: 666 828 880.

Z poważaniem
Zespół Instytutu Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych s.c.
Grupa Zielarska Herbaria

--

Joanna Nestorowicz - Kiegiel
Dyrektor Zarządzający
Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych
Grupa Zielarska Herbaria
tel 660 911 880
www.grupaherbaria.pl

Dane osoby wyrażającej zgodę:

Imię i nazwisko.....

Adres

mail.....

Telefon.....

Wyrażam zgodę – podpis.....

.....

WYPEŁNIA Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych:

Data rejestracji.....

Data i kod kursu.....

Dane osoby rejestrującej.....



Instytut Zielarstwa Polskiego
i Terapii Naturalnych