

Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych s.c.
www.instytutzielarstwa.pl
FORMULARZ REJESTRACYJNY
KURS ZAWODOWY TERAPEUTA ŻYWIENIOWY
KOD ZAWODU 323090

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)	
Wykonywany zawód	
DOMINUJĄCA FORMA NAUKI	BEZPOŚREDNIA/ HYBRYDOWA
Preferowana forma płatności: Całość 6500 zł Raty miesięczne 12 rat x 580 zł	Całość 12 rat
Dane do faktury: 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 pocztą elektroniczną na adres email: biuro@instytutzielarstwa.pl

2. Adres i numer konta do wpłat za kurs oraz opłaty rejestracyjnej (zadatku) w wysokości 200 zł:

Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych
mBank, nr rachunku:

30 1140 2004 0000 3402 7648 2801

Wystawiamy faktury

Złożenie formularza rejestracyjnego traktowane jest jako zgłoszenie uczestnictwa w ww. kursie i zobowiązuje zgłaszającego do podjęcia działań określonych w opisie kursu.

3. Zgłoszenie jest kompletne tylko po podpisaniu klauzuli informacyjnej na stronie nr 2. Prosimy o zapoznanie się z jej treścią oraz podpisanie we wskazanym miejscu. Zgoda marketingowa na stronie nr 3 jest dobrowolna.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) informuję:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych S.C., Kajetan Garbowski, Joanna Nestorowicz-Kiegiel, NIP: 7272805922 z siedzibą w Kamieńsku, ul. Wieluńska 13, 97-300 Kamieńsk, adres e-mail: biuro@instytutzielarstwa.pl, tel. 048 666 828 880.
2. Z administratorem danych można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności w zakresie korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem, poprzez adres mailowy rodo@instytutzielarstwa.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych jest:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. b RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
 - b) art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z przechowywaniem arkuszy egzaminacyjnych;
 - c) art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora w związku z prowadzonym kursem.
4. Pana/Pani dane przetwarzane są w celu realizacji procesu dydaktycznego przez Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych S.C.
5. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępnione upoważnionym organom w związku z realizacją ich praw kontrolnych.
6. Dane niezbędne do zawarcia i rozliczenia umowy będą przetwarzane przez 5 lat po roku, w którym zakończyła się umowa. Dane przetwarzane do obrony i dochodzenia roszczeń będą przechowywane do czasu ich przedawnienia lub zaspokojenia. Dane przetwarzane na podstawie zgody będą przechowywane do czasu jej wycofania lub ustania celu przetwarzania.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania oraz ograniczenia ich przetwarzania.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo do żądania usunięcia danych osobowych, jeżeli dane osobowe nie są niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w inny sposób przetwarzane.
9. W zakresie udostępnienia danych przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
10. Przysługuje Panu/Pani także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
11. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie Pani/a danych do Prezesa UODO (uodo.gov.pl).
12. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku ich niepodania nie będzie możliwa realizacja celów przetwarzania, w szczególności zrealizowania umowy, czy wystawienia faktury.
13. Pana/Pani dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH W CELACH MARKETINGOWYCH*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych S.C., Kajetan Garbowski, Joanna Nestorowicz-Kiegiel, NIP: 7272805922 z siedzibą w Kamieńsku, ul. Wieluńska 13, 97-300 Kamieńsk, adres e-mail: biuro@instytutzielarstwa.pl, tel. 048 666 828 880 oraz podmiotów z nim powiązanych, moich danych osobowych w postaci adresu e-mail i/lub numeru telefonu w celach marketingowych.

Oświadczam, że:

- Zostałem poinformowany, że przetwarzanie danych osobowych będzie wiązało 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;
- Zostałem poinformowany, że powyższa zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać w każdej chwili wycofana;
- Zostałem poinformowany o prawie do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie)

.....
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

.....
WYPEŁNIA Instytut Zielarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych:

Data rejestracji.....

Data i kod kursu.....

Dane osoby rejestrującej.....


Instytut Zielarstwa Polskiego
i Terapii Naturalnych