

*Instytut Ziolarstwa Polskiego i Terapii Naturalnych s.c.*

[www.instytutziolarstwa.pl](http://www.instytutziolarstwa.pl)

**FORMULARZ REJESTRACYJNY  
KURS SPECJALISTYCZNY  
KONOPIE W MEDYCYNIE I FITOTERAPII  
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)	
Nazwa i adres UKOŃCZONEJ szkoły średniej (nie musi być ukończona maturą) lub wyższej	Nazwa Adres
Data ukończenia szkoły średniej	Data
Preferowana forma płatności: Całość 5000 zł Raty miesięczne 6 rat x 850 zł	Całość 6 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@instytutziolarstwa.pl](mailto:biuro@instytutziolarstwa.pl)

2. Adres lub numer konta do wpłat zadatku znajdują się w regulaminie kursu. 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 Kamińsku, ul. Wieluńska 13, 97-300 Kamińsk, adres e-mail: [biuro@instytutzielarstwa.pl](mailto: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](mailto: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](http://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