

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY\*\***

Niniejszym zgłaszam swój udział w szkoleniu:

.....  
i deklaruje uiszczenie opłaty za szkolenie w terminie wskazanym przez organizatora.

1	Imię/Imiona	
2	Nazwisko	
3	Data, miejsce i województwo urodzenia	
4	Pesel	
5	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
6	Adres domowy	
7	Telefon, e-mail	
8	Nazwa instytucji*	
9	Stanowisko*	
10	Adres do korespondencji*	
11	Telefon kontaktowy*	
12	Status klienta	<input type="checkbox"/> starter przedsiębiorstwo: <input type="checkbox"/> mikro <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> duże <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo państwowe <input type="checkbox"/> jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> pracujący <input type="checkbox"/> uczący się <input type="checkbox"/> inne, jakie .....
13	Źródło informacji o KSWP	<input type="checkbox"/> znajomi <input type="checkbox"/> telewizja <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> plakaty, ulotki <input type="checkbox"/> prasa <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> inne jakie?).....

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Krajowe Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości z siedzibą w Końskich w celu realizacji szkolenia, o którym mowa powyżej do momentu zakończenia tego szkolenia, a po jego zakończeniu w związku z obowiązkiem prawnym KSWP wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
- Oświadczam, że otrzymałam/em i zapoznałam/em się z obowiązkiem informacyjnym KSWP

.....  
Data i podpis

\* jeśli dotyczy (wypełnia przedsiębiorca)

\*\* dla szkoleń realizowanych poza projektami