

**KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU  
W KURSIE KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY  
PODSTAWOWY/RECERTYFIKACJA<sup>1</sup>**

**A. CZĘŚĆ INFORMACYJNA UCZESTNIKA**

Planowany termin: .....

1. Imię (Imiona): ..... Imię ojca: .....

2. Nazwisko: .....

3. Data urodzenia: .....

4. NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Miejsce urodzenia .....

6. Adres zamieszkania –

a) Miejscowość: .....

b) Ulica, nr domu .....

c) kod pocztowy, poczta .....

d) Gmina /Powiat: .....

e) Województwo: .....

7. Telefon kontaktowy: .....

8. Adres e-mail: .....

9. Przynależność do jednostki współpracującej z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, w której uczestnik pracuje, jest członkiem lub pełni służbę (np. WOPR, OSP)<sup>2</sup>:

a) Nazwa jednostki .....

b) Adres jednostki .....

c) Zajmowane stanowisko .....

10. Przy skierowaniu na kurs potwierdzający (recertyfikacja) podać numer ostatniego zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie KPP ..... wydanego przez .....w dniu.....

.....  
(Czytelny podpis uczestnika kursu)

<sup>1</sup> Niewłaściwe skreślić

<sup>2</sup> Nie dotyczy osób nie należących do żadnej jednostki

**B. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA**

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę w związku z art. 23 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych na przetwarzanie przez PIO-MED Piotr Patała moich danych osobowych na potrzeby służbowe.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych jest PIO-MED Piotr Patała, Psary Lechawa 27; 97-320 Wolbórz.
2. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich korygowanie na warunkach określonych w ustawie.
3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis uczestnika kursu)

**C. WARUNKI UCZESTNICTWA**

1. Podstawą zakwalifikowania uczestnika na kurs Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy jest wypełnienie Karty zgłoszeniowej. Należy ją wypełnić i scan przesłać na adres email: [kontakt@pio-med.com.pl](mailto:kontakt@pio-med.com.pl), a następnie oryginał dostarczyć Organizatorowi kursu w dniu rozpoczęcia.
2. Uczestnik przysyłając na adres Organizatora wypełnioną Kartę zgłoszeniową zobowiązuje się do wzięcia udziału w kursie oraz do poniesienia kosztów uczestnictwa.
3. O zakwalifikowaniu na kurs Uczestnik zostanie zawiadomiony przez Organizatora w formie pisemnej nie później niż w ciągu 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia na adres mailowy.
4. Uczestnik jest zobowiązany do zawiadomienia Organizatora o rezygnacji z udziału w kursie w formie pisemnej, nie później niż w ciągu 7 dni przed dniem rozpoczęcia kursu. Termin ten nie dotyczy rezygnacji z ważnych przyczyn, niezależnych od Uczestnika. Rezygnacja z uczestnictwa w kursie bez ważnej przyczyny, lub później niż na 7 dni przed dniem rozpoczęcia kursu nie zwalnia Uczestnika z obowiązku poniesienia kosztów uczestnictwa w kursie.
5. Organizator dopuszcza możliwość zmiany terminu rozpoczęcia kursu, w zależności od ilości zgłoszonych Uczestników oraz do każdorazowego zawiadomienia Uczestników o zmianie wcześniej ogłoszonego terminu rozpoczęcia kursu nie później niż na 2 dni przed dniem rozpoczęcia kursu. Zawiadomienie takie może nastąpić przez umieszczenie informacji o zmianie terminu rozpoczęcia kursu na stronie internetowej Organizatora lub poprzez indywidualne zawiadomienie.
6. W sytuacji, gdy zmiana terminu rozpoczęcia kursu wykluczałaby możliwość wzięcia w nim udziału przez Uczestnika, który zgłosił swoje uczestnictwo w kursie, Uczestnik taki może zrezygnować z uczestnictwa w kursie zawiadamiając Organizatora o swojej rezygnacji w formie pisemnej nie później niż w ciągu 7 dni od dnia, w którym dowiedział się o zmianie terminu rozpoczęcia kursu, ze wskazaniem przyczyny rezygnacji.

**Akceptuję warunki uczestnictwa:**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis uczestnika kursu)

**D. KARTA SKIEROWANIA PRZEZ JEDNOSTKĘ ORAZ PŁATNIKA<sup>3</sup>**

**KARTA SKIEROWANIA**

**W/w jest członkiem:** (np. OSP, WOPR, inne) .....

w .....

Stwierdzam zgodność powyższych danych:

.....  
(pieczęć jednostki)

.....  
(pieczęć i podpis prezesa/naczelnika)

**Dane płatnika** – (np. Urząd Gminy/ Gmina/ OSP/WOPR, inne):

1. Nazwa.....

2. Adres siedziby:

a) Miejscowość: .....

b) Ulica, nr domu .....

c) kod pocztowy, poczta .....

3. NIP.....

.....  
(pieczęć płatnika)

.....  
(pieczęć i podpis)

<sup>3</sup> Nie dotyczy osób nie należących do żadnej jednostki