



ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię:										
Nazwisko:										
Nr tel.:										
PESEL:										
Dane do faktury:										
E-mail:										

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez *Na-Ratunek Przemysław Kaczmarek, ul. Przyjaciół Żołnierza 55/14, 71-670 Szczecin* w zakresie:

- ✓ przygotowania i przedstawienia oferty warsztatów, kursów, szkoleń i seminariów podnoszących kompetencje i kwalifikacje zawodowe ratowników i dyspozytorów medycznych,
- ✓ zawarcia i wykonania umowy w/w usług,
- ✓ marketingu bezpośredniego i usług własnych administratora, które obejmuje profilowanie mające na celu dostosowanie przesyłanych treści marketingowych, za pomocą środków komunikacji elektronicznej (np. SMS, MMS, email) oraz telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (telefon),
- ✓ ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń/obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą umową,

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem się z *Regulaminem organizacyjnym seminariów, warsztatów, szkoleń i ćwiczeń dla ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych prowadzonych przez Na-Ratunek Przemysław Kaczmarek* i akceptuję jego postanowienia.

_____ data i podpis