**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Proszę o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI. Wypełniony formularz prosimy wysłać na adres
e-mail: oskdop@zdnet.pl, pocztą lub złożyć w biurze Ośrodka przy ul. Wojska Polskiego 42 w Sieradzu.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Kod pocztowy i miejscowość |  | Adres |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Pesel |  | Imię ojca |  |
| Wykształcenie |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Deklaruję udział w szkoleniu: |
|  |
| *Nazwa szkolenia* |
| **Posiadam Książkę Operatora Maszyn Roboczych wydaną przez Instytut Mechanizacji Budownictwa i Górnictwa Skalnego w Warszawie** | TAK\* | NIE |
| **Posiadam uprawnienia wydane przez Urząd Dozoru Technicznego** | TAK\* | NIE |

**\*** należy dostarczyć kopię w ciągu **7 dni** od daty rozpoczęcia szkolenia

|  |
| --- |
| Należność za szkolenie w kwocie:…………(słownie)……………………………………………… |
| zostanie wpłacona **GOTÓWKĄ \*, PRZELEWEM** \* (\*właściwe zaznaczyć) na konto w Banku BGŻ S.A. o/Zduńska Wola nr rachunku: 94 2030 0045 1110 0000 0187 0610 w terminie nie później niż 7 dni przed egzaminem pod rygorem nie dopuszczenia do egzaminu końcowego. |

Proszę o wystawienie faktury VAT i jej wydanie przez Wasz Ośrodek Szkolenia bez podpisu odbiorcy.

|  |
| --- |
| **Dane do faktury** |
| Nazwa |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Nr telefonu |  | NIP |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Szkolenia, Konsultacji i Doradztwa Ochrony Pracy zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.

|  |
| --- |
|  |
| (czytelny podpis) |