



.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię, Nazwisko

.....  
Ulica

.....  
Miejscowość i kod pocztowy

## FORMULARZ ZOBOWIĄZANIA DO ZAPŁATY

Zobowiązuje się do uiszczenia opłaty w wysokości ..... za kurs/szkolenie.....

.....  
(dane kursu/szkolenia)

### **firmie MEDACTIVE Kursy i szkolenia**

Potwierdzam prawdziwość poniżej podanych moich danych:

Imię i Nazwisko: .....

Ulica: .....

Miejscowość i kod pocztowy: .....

PESEL: .....

Adres e-mail: .....

Telefon kontaktowy: .....

.....  
podpis uczestnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora MEDACTIVE Kursy i szkolenia. Niniejszym zgoda obejmuje przetwarzanie moich danych osobowych w celu organizacji i realizacji kursu. Oświadczam jednocześnie, iż swoje dane osobowe przekazuję dobrowolnie i oświadczam ponadto, że są one zgodne z prawdą.

.....  
(zapoznałem/am się)

.....  
data i podpis