.………………………………

Pieczęć firmowa

**Formularz zgłoszeniowy**

Skan wypełnionego i podpisanego formularza proszę przesłać na adres: [cosodpl@szczecin.lasy.gov.pl](mailto:cosodpl@szczecin.lasy.gov.pl)

**Wariant szkolenia**: wariant 1 □ wariant 2 □ wariant 3 □ wariant 4\* □

\*W przypadku wyboru wariantu 4 proszę podać rodzaj kwalifikacji:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Termin szkolenia**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Nazwa osoby/firmy delegującej**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

**Adres**: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NIP**

**Osoba do kontaktu**: ..……………………………………………………………………………….………………………………………...

**Telefon**: ………………………………………… **e-mail**: ………………………………………………………………………..……………..

**Dane uczestnika szkolenia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Imię i Nazwisko* |  | | |
| *Telefon* |  | *e-mail* |  |

**Zakwaterowanie**: tak □ nie □

**Wyżywienie**: tak □ nie □

**Transport** *kwatera - LBL*: tak □ nie □

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych przy realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych (DZ.U. nr 133, poz. 883).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych podanych w formularzu na potrzeby realizacji szkolenia oraz w celu informowania o przyszłych szkoleniach i kursach oferowanych przez Centralny Ośrodek Szkolenia Operatorów Dronów na Potrzeby Leśnictwa.

W przypadku wycofania zgłoszenia w terminie późniejszym niż 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia uczestnik zostanie obciążony kosztem w wysokości 50% wartości zamówienia. Odwołanie zgłoszenia musi być dokonane w formie pisemnej. Możliwe jest zastąpienie zgłoszonego uczestnika inną osobą.

…………………………………………………….

Podpis osoby delegującej