

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

**A. CZĘŚĆ INFORMACYJNA UCZESTNIKA**

Planowany termin: .....

1. Imię: .....

2. Nazwisko: .....

3. Data urodzenia: .....

4. NR PESEL

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

5. Adres zamieszkania –

a) miejscowość: .....

b) ulica, nr domu .....

c) kod pocztowy, poczta .....

d) gmina /powiat: .....

e) województwo: .....

6. Telefon kontaktowy: .....

7. Adres e-mail: .....

8. 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 .....

9. Kurs potwierdzający RECERTYFIKACJA:

a) numer ostatniego zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie KPP  
.....

b) Zaświadczenie wydane zostało w dniu..... przez  
.....

.....  
(czytelny podpis uczestnika kursu)

<sup>1</sup> Niewłaściwe skreślić

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

## **B. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

### **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1):

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych firmę PIO-MED Piotr Patała, Psary Lechawa 27; 97-320 Wolbórz w celu uczestnictwa w kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy/ recertyfikacji kursu kwalifikowanej pierwszej, przystąpienia do egzaminu oraz uzyskania tytułu ratownika.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich poprawiania i prawie do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis uczestnika kursu)

### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest firma PIO-MED Piotr Patała z siedzibą Psary Lechawa 27; 97-320 Wolbórz.
2. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych można kontaktować się telefonicznie 508-425-192 lub poprzez email kontakt@pio-med.com.pl.
3. Dane osobowe zbierane i przetwarzane są w celu realizacji kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy i wydaniu zaświadczenia o uzyskaniu tytułu ratownika na podstawie złożonej zgody na przetwarzanie danych osobowych.

4. Administrator danych osobowych może przekazać dane osobowe upoważnionym podmiotom na podstawie i w granicach prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wynikającym z odpowiednich regulacji prawnych.
6. Klienci firmy PIO-MED Piotr Patała mają prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo uzyskania potwierdzenia przetwarzania, możliwość sprostowania i uzupełnienia danych, możliwość usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
7. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie (przy zachowaniu terminów zgodnych z odpowiednimi regulacjami prawnymi), bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Klienci mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. W sytuacji gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Pana/Panią danych osobowych ma charakter dobrowolny, lecz niezbędne do realizacji celów. W sytuacji dobrowolności podawania danych osobowych klienci zostaną o tym fakcie poinformowani. Niepodanie lub podanie niepełnych danych osobowych może skutkować nieosiągnięciem celu.
10. Dane udostępnione przez klienta firmy PIO-MED Piotr Patała nie będą podlegały profilowaniu.
11. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

.....  
czytelny podpis uczestnika kursu

#### **B.1 ZGODA NA PUBLIKACJĘ I ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU**

Udzielam firmie PIO-MED Piotr Patała – organizatorowi kursu, nieodpłatnego prawa do wielokrotnego wykorzystywania, w tym rozpowszechniania zdjęć z moim wizerunkiem, bez konieczności każdorazowego zatwierdzania takiego wykorzystania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę, powielanie materiałów za pośrednictwem dowolnego medium oraz rozpowszechnianie ich w celu promocji statutowej działalności firmy. Jako podmiot rekomendujący zrzekam się wszelkich praw związanych z zatwierdzeniem każdorazowego wykorzystania wskazanych materiałów z moim wizerunkiem, także w przypadku wykorzystywania ich w celu łączenia z innymi obrazami za pośrednictwem technik cyfrowych, pod warunkiem, że te działania służyć będą jedynie promocji firmy PIO-MED Piotr Patała.

.....  
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 przesyłając 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:**

.....  
(czytelny podpis uczestnika kursu)

**D. DANE PŁATNIKA**

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

1. Nazwa .....
2. Adres siedziby:
  - a) Miejscowość: .....
  - b) Ulica, nr domu .....
  - c) kod pocztowy, poczta .....
3. NIP.....

.....  
(pieczęć płatnika)

.....  
(pieczęć i podpis osoby reprezentującej)