|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AKADEMICKIE CENTRUM EDUKACJI USTAWICZNEJ**  **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  **NAZWA KURSU:…………………………………………………………………..**  **Dane personalne:**   |  |  | | --- | --- | | Imię i nazwisko: |  | | Data i miejsce urodzenia: |  | | Adres zamieszkania: |  | | Kod pocztowy, miejscowość: |  | | Numer telefonu: |  | | E-mail: |  |   Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby organizacji kursu.      ……………………………………  Podpis kandydata |
|  |