|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **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 |
|  |