

**POTWIERDZENIE UDZIAŁU
W KURSOKONFERENCJI DLA TRENERÓW FUTSALU
BIAŁA PODLASKA, 4-5 WRZEŚNIA 2014**

Dane Uczestnika Kursu:

.....
Imię i nazwisko

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Dane kontaktowe (telefon; e-mail)

.....
Miejsce pracy

Oświadczenie:

Jako Uczestnik Kursu Trenerów Futsalu (określanego dalej jako „Kurs”), organizowanego przez Polski Związek Piłki Nożnej niniejszym oświadczam, co następuje:

- 1) Potwierdzam swój udział w Kursie;
- 2) Potwierdzam, że mam pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) Potwierdzam, że nie byłem w przeszłości prawomocnie skazany za przestępstwa;
- 4) Potwierdzam, że przeszedłem stosowne badania medyczne, a mój stan zdrowia oraz ogólna kondycja fizyczna pozwala mi na udział w zajęciach praktycznych Kursu;
- 5) Zobowiązuję się ubezpieczyć samodzielnie od następstw ewentualnych nieszczęśliwych wypadków doznanych podczas lub w związku z udziałem w Kursie oraz przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność za wszelkie tego rodzaju zdarzenia z moim udziałem, zwalniając tym samym PZPN z tej odpowiedzialności;

- 6) Akceptuję warunki finansowe uczestnictwa w Szkole Trenerów PZPN i zobowiązuję się do opłaty w wysokości 150 zł do dnia 15 sierpnia 2014 na konto PZPN.

- 7) Proszę o wystawienie faktury na:

.....
Nazwa instytucji/Imię i nazwisko

.....
Adres wraz z kodem pocztowym

.....
NIP

- 8) Oświadczamy, że jesteśmy uprawnieni do otrzymania faktury VAT

Pieczęć

.....
Data

.....
Podpis



- 9) Dane osoby wpłacającej (wypełnić, gdy inne niż powyżej).

.....
Nazwa instytucji/Imię i nazwisko

.....
Adres wraz z kodem pocztowym

.....
NIP

- 10) Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych moich osobowych przez Polski Związek Piłki Nożnej z siedzibą w Warszawie przy ul. Bitwy Warszawskiej 1920 nr 7 - administratora danych, w celach związanych z prowadzeniem kursu oraz realizacją Umowy. Jestem świadomy, że podanie ww. danych osobowych ma charakter dobrowolny, lecz niezbędny do prowadzenia kursu i realizacji Umowy. Jestem świadomy, że przysługuje mi prawo do: dostępu do ww. danych osobowych, ich poprawiania, żądania zaprzestania ich przetwarzania lub zgłoszenia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.

11) Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż w przypadku braku wpłaty w terminach określonych w pkt. 6 zostaną skreślony z listy uczestników szkolenia.

.....
Data

.....
Podpis uczestnika kursu

Wypełniony formularz proszę przestać do dnia 15 sierpnia 2014

Fax: 22 55 12 240

lub

E-mail: joanna.misiewicz@pzpn.pl

WPŁATY PROSIMY KIEROWAĆ NA NASTĘPUJĄCY NR KONTA:

48 1740 0006 0000 3000 0031 7807

DZ Bank Polska S.A Plac Piłsudskiego 3 00-078 Warszawa

W tytule wpłaty prosimy o podanie następujących danych:

- Imię i nazwisko uczestnika kursu