



Projekt *Warsztaty profesjonalistów IT* współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Dane Przedsiębiorstwa													
Pełna nazwa													
NIP													
REGON													
Numer PKD													
Forma prawna													
Adres siedziby przedsiębiorstwa (zgodny z danymi fo faktury/umowy)													
Ulica													
Nr budynku						Nr lokalu							
Miejscowość <i>(zaznacz właściwe X)</i>								Kod pocztowy		-			
						miasto				wieś			
Powiat													
Województwo													
Telefon	(0-)					Telefon komórkowy					
E-mail firmy													
Wielkość firmy						mikroprzedsiębiorstwo		małe przedsiębiorstwo		średnie przedsiębiorstwo			
Dane osoby do kontaktu (po stronie Przedsiębiorcy)													
Imię								Nazwisko					
Telefon													
E-mail													
Dane Uczestnika szkolenia													
Nazwisko													
Imię								Drugie imię					
PESEL													
Data urodzenia	Dzień			Miesiąc			Rok						
Miejsce urodzenia													
Stanowisko służbowe													
Dane uczestnika (należy podać adres stałego zamieszkania)													
Ulica													
Nr domu						Nr mieszkania							
Miejscowość <i>(zaznacz właściwe X)</i>								Kod pocztowy		-			
						miasto				wieś			
Powiat													
Województwo													
Telefon	(0-)					Telefon komórkowy					
E-mail													
Ukończona szkoła													
Nazwa szkoły													
Dane dotyczące szkolenia													
tytuł szkolenia								Windows Serwer 2012					
tytuł szkolenia								Windows 8					
Skąd dowiedział się Pan/Pani po raz pierwszy o projekcie realizowanym przez TEB Edukację (proszę zaznaczyć)													
Prasa	<input type="checkbox"/>	Radio	<input type="checkbox"/>	Telewizja	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Ulotka	<input type="checkbox"/>	Plakat	<input type="checkbox"/>	Znajomi	<input type="checkbox"/>

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby monitoringu, kontroli i ewaluacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz na udział w badaniu ankietowym przeprowadzonym w terminie 6 m-cy od zakończenia udziału w Projekcie.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji do Projektu oraz zostałem poinformowany o poniższym:

- Administratorem moich danych osobowych jest Minister Infrastruktury i Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- Mam prawo do wglądu do swoich danych osobowych zebranych przez administratora danych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.
- Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję warunki Regulaminu organizacji i udziału w ww. Projekcie oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania, w szczególności obowiązku natychmiastowego poinformowania Biura Projektu o rezygnacji z udziału w Projekcie.
- Wyrażam zgodę do nieodpłatnego wykorzystania mojego wizerunku i nagrań - do celów marketingowych wykonywanych w trakcie trwania zajęć w ramach Projektu.
- Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych drogą elektroniczną.