**Kurs asystencki 2024 – ZKwP Oddział w Legnicy**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| Oddział ZKwP |  |
| Specjalność wystawowa i/lub użytkowa |  |
| Data wstąpienia do ZKwP |  |
| Nr legitymacji ZKwP |  |

Zgłaszam chęć udziału w kursie asystenckim organizowanym przez Oddział w Legnicy.

Data, podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dane osobowe uczestników i gości będą przetwarzane przez ZKwP w zakresie niezbędnym na potrzeby realizacji niniejszego wydarzenia. Pełna treść klauzuli informacyjnej jest zamieszczona na stronie internetowej Zarządu Głównego ZKwP, w zakładce „RODO”. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych możecie się Państwo również kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych ZKwP telefonicznie: 668 497 313 i/lub drogą e-mail na adres:* iodzkwp@zkwp.pl

Oświadczam, że nie jestem zawieszony/zawieszona w prawach członka ZKwP.

Data, podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_