*Załącznik nr 1*

**WARSZAWSKO-MAZOWIECKI ZWIĄZEK PIŁKI RĘCZNEJ**

**ul. S. B. Lindego 20,**

**01-952 Warszawa**

**Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na Kurs na Instruktora Piłki Ręcznej**

|  |
| --- |
| **Nazwisko** ………………………………….…………………………..………. **Nazwisko rodowe** ………..……..………………………….**Imiona**……..………………………………………………………………. **Imiona rodziców**...…………….……………………………......... **Data urodzenia** …………………….**PESEL**.....................……………… **Miejsce u rodzenia**…………...……………………….......… **Województwo** ……………………………………………………………. **Obywatelstwo** ……….…..…..……………………………………. |
| **Adres stałego zameldowania**: ul……….………………………………………………………….……………………………………….kod…………………... miejscowość ………………….…………………………………………... województwo ………………….........…**Adres do korespondencji:** ul:………………..……………………………………………………………………………….………….….kod……………….…. miejscowość …………………………................................................... województwo .…..……………….............**e-mail** ………………………………………..............................................................................................................................................**nr telefonu komórkowego**...........……………………………………. |
| **Wykształcenie**: Nazwa Szkoły/Uczelni………………..………………………………………….……………………………….……………Wydział ……………………………………………………………………………...……………………..………………………………………...Kierunek studiów…………………………………….………………………………………………………………………………………………Data ukończenia ……………………………. nr dyplomu…………………………Tytuł zawodowy……….……………...…………............ |
| **Informacja o zatrudnieniu**: Nazwa placówki………………….………………………………………….…………………………………....Adres: ul……………………………………………..………………………………….miejscowość……..…………………………………......Stanowisko……………………………………….. staż pracy……………………………….. tel. służbowy…………………………………. |

W przypadku przyjęcia mnie na w/w kurs zobowiązuję się do:

1. wniesienia wymaganych opłat oraz oświadczam, że w przypadku rezygnacji nie będę ubiegał/a się o zwrot poniesionych kosztów;

2. ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków na czas trwania kursu

Oświadczam, ze zgodnie z art. 23 ust.1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883) o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

*Prawidłowość danych stwierdzam własnoręcznym podpisem*

................................................. ......................................

 *Miejscowość i data podpis*

**WNIOSEK O WYSTAWIENIE FAKTURY ZA DOKONANĄ WPŁATĘ**

……………………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko słuchacza)

……………………………………………………………………………………………………………

 (adres e-mail i kontakt telefoniczny kursanta)

Kwota zapłaty ………………………

Data zapłaty ………………………

**DANE DO FAKTURY:**

Imię i nazwisko kursanta / nazwa firmy: …………………………………………………………
Adres: ………………………………………………………………
NIP: ……………………………………………………………………

Fakturę proszę przesłać na powyższy adres mailowy.

………………………………………

(miejscowość, data, podpis wnioskodawcy)