



# WMZPR

WARSZAWSKO-MAZOWIECKI  
ZWIĄZEK PIŁKI RĘCZNEJ

Warszawsko-Mazowiecki Związek Piłki Ręcznej  
ul. S. B. Lindego 20, 01-952 Warszawa

E: [biuro@wmzpr.pl](mailto:biuro@wmzpr.pl)  
I: [www.wmzpr.pl](http://www.wmzpr.pl)

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 Instruktor WMZPR w piłce ręcznej (licencja D)**

|                                                                                      |                       |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Nazwisko .....                                                                       | Nazwisko rodowe ..... |                         |
| Imiona .....                                                                         | Imiona rodziców ..... |                         |
| Data urodzenia .....                                                                 | PESEL .....           | Miejsce urodzenia ..... |
| Województwo .....                                                                    | Obywatelstwo .....    |                         |
| Adres stałego zameldowania: ul. ....<br>kod. .... miejscowość .... województwo ..... |                       |                         |
| Adres do korespondencji: ul. ....<br>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:

- wniesienia wymaganych opłat oraz oświadczam, że w przypadku rezygnacji nie będę ubiegał/a się o zwrot poniesionych kosztów;
- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków na czas trwania kursu

Oświadczam, że 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

wmzpr.pl



O N S E

SPORT-ACTIVE .COM

## 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)