

Kurs PATENT STRZELECKI



1. Dane osobowe

Nazwisko: _____

Nazwisko rodowe: _____

Imię: _____

Drugie imię: _____

Imię matki: _____

Imię ojca: _____

Data urodzenia: _____

Miejsce urodzenia: _____

PESEL: _____

Obywatelstwo: _____

2. Adres stałego zamieszkania

Ulica: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Województwo: _____

3. Adres do korespondencji

Ulica: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Województwo: _____

4. Dane kontaktowe

Telefon komórkowy: _____

Telefon stacjonarny: _____

Adres email: _____

5. Osoba, którą należy powiadomić w razie wypadku

Nazwisko i imię: _____

Telefon komórkowy: _____

Telefon stacjonarny: _____

Adres email: _____

6. Przynależność do klubu sportowego, LOK lub innej organizacji strzeleckiej

Miejscowość: _____

Nazwa klubu: _____

Sekcja: _____

7. Oświadczam, że dane zawarte w punktach 1, 2 są zgodne z dowodem osobistym

Seria i numer: _____

Wydany przez: _____

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez LEGION WSCHODNI FUNDACJA dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, postępowania kwalifikacyjnego i dokumentowania przebiegu kursów doształcających, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 Nr 101 poz. 926 ze zm.)

Miejscowość i Data_____
Podpis osoby składającej kwestionariusz