**MIEJSCE NA ZDJĘCIE**

|  |
| --- |
| Numer ewidencyjny |
|  |

**Wypełnia Ośrodek Szkoleń Specjalnych „TacticalGroup”**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE KURSU** | |
| NAZWA KURSU |  |
| TERMIN |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |
| **DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA** | |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| IMIĘ OJCA |  |
| PESEL |  |
| NIP  w przypadku deklaracji otrzymania  faktury VAT |  |
| ADRES |  |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA |  |
| NUMER TELEFONU |  |
| ADRES E-MAIL |  |
| NAZWA I MIEJSCE PRACY |  |
| WYKSZTAŁCENIE- NAZWA UCZELNI |  |

**KARTA UCZESTNICTWA**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i realizacji kursu w ramach obowiązującego prawa.*

*Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* do wykonania zdjęć mojej osobie w trakcie trwania kursu oraz do nieodpłatnego   
wykorzystania mojego wizerunku (zdjęć) w celach promocyjnych „ OSS Tactical Group”.*

*Oświadczam , że nie byłem karany prawomocnym orzeczeniem sądu za przestępstwo popełnione z winy umyślnej.*

*Oświadczam, że są mi znane przepisy kodeksu karnego o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością.*

…………………………………………………. ……..……..…………………………………………

Miejscowość, data czytelny podpis