

OŚRODEK SZKOLENIA ZAWODOWEGO „SOKRATES”

UL. ROOSEVELTA 39, 41-800 ZABRZE

Zabrze dnia.....



FORMULARZ ZGŁOSZENIA

**WYKONANIE OCENY RYZYKA ZAWODOWEGO
przez Ośrodek Szkolenia Zawodowego „SOKRATES”
w Zabrzu przy ul. Roosevelta 39**

DANE FIRMY WRAZ Z NIP-em

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

Imię i nazwisko osoby do kontaktu

tel. kontaktowy

adres mailowy

PŁATNOŚĆ:

Należność za sporządzenie dokumentacji w wysokościzł (kwota ustalana indywidualnie – prosimy o kontakt telefoniczny bądź mailowy) zostanie wpłacona:

- Gotówką – dokumentacja przekazana w chwili zapłaty,
- Przelewem – dokumentacja przekazana po odnotowaniu wpłaty na naszym koncie

Dane do wpłaty na konto - przelew - nr konta ING - 31 1050 1588 1000 0023 2686 2899

P.H.U. SOKRATES KLAUDIA LACH

UL. KRASIŃSKIEGO 2 A

41-800 ZABRZE

PROSIMY O POTWIERDZENIE:

- Wyrażam zgodę na przechowywanie moich danych osobowych przez OSZ – zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883). Jestem też świadomy(a), że przysługuje mi prawo do wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania,

- Wszystkie informacje podane w zgłoszeniu są prawdziwe.

.....
PODPIS I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY