



TOWARZYSTWO WIEDZY POWSZECHNEJ

DELEGATURA W RADOMIU

Radom ul. Partyzantów 5/7 tel. 48/362-26-28 www.twp.radom.pl

KWESTIONARIUSZ

Kurs/szkolenie
/wpisać nazwę kursu/szkolenia/

1. Nazwisko

2. Imiona

3. Data i **miejsce** urodzenia

4. Imiona rodziców

4. Wykształcenie- kierunek, **uzyskany tytuł**.....

5. Ukończona uczelnia/ szkoła

6. Miejsce pracy

6. PESEL

Adres stałego zamieszkania

Ulica nr domu/ nr mieszkania/.....
kod pocztowy
miejsowość
telefon kom.
e-mail:

Adres do korespondencji

Ulica nr domu/nr mieszkania...../.....
kod pocztowy
miejsowość

Prawdziwość powyższych danych poświadczam własnoręcznym podpisem

.....
miejsowość *data* *podpis*

Oświadczenie kandydata

W przypadku przyjęcia mnie na kurs/szkolenie, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów organizacyjnych wynikających z realizacji kursu.

Oświadczam, że zobowiązuję się do terminowego regulowania odpłatności za uczestnictwo w sesjach. W przypadku rezygnacji z kursu nie podlegają zwrotowi kwoty związane z realizacją kursu. Rezygnacja wyłącznie w formie pisemnej.

.....
Data i podpis kandydata