|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TEMAT SZKOLENIA | **„Ochrona danych osobowych Kas Zapomogowo-Pożyczkowych – tworzenie i dostosowanie Polityki ODO”** | |
| TERMIN SZKOLENIA  (prosimy wpisać wybrany spośród opublikowanych na stronie www) |  |  |
| KOSZT UDZIAŁU | **199,00 zł netto od każdej zgłoszonej osoby z danej firmy/placówki/jednostki.** | |
| INNE USTALENIA | Zgłoszenie jest podstawą do wystawienia faktury za szkolenie w wysokości kwoty udziału. Zastrzegamy sobie prawo odwołania lub zmiany terminu szkolenia w przypadku zgłoszenia się niewystarczającej ilości osób.  **Szkolenie odbywa się w godzinach podanych na stronie internetowej.** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE FIRMY/INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ**  **(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)** | | | |
| PEŁNA NAZWA FIRMY |  | | |
| ADRES |  | | |
| NIP |  | | |
| NR TELEFONU |  | Nr FAKSU |  |
| ADRES E-MAIL |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA**  **(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)** | | |
| 1. | IMIĘ I NAZWISKO |  |
| STANOWISKO W KZP |  |
| ADRES E-MAIL |  |
| NR TELEFONU |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE KZP -** ILOŚĆ CZŁONKÓW KZP | |  |
| |  | | --- | |  | | **Czy byłby Pan/byłaby Pani zainteresowany/na udziałem w niezobowiązującej prezentacji oprogramowania wspomagającego prowadzenie PKZP, które po realizacji założonego programu szkoleniowego zostanie przeprowadzone dla chętnych osób**  **w dniu spotkania (w przypadku zainteresowania proszę wstawić znak „x”)** | |
| **OŚWIADCZENIA** | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Casco Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni przy Al. Zwycięstwa 96/98 moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia na szkolenie niezbędnym w procesie zgłoszenia uczestnictwa w szkoleniu.  Casco Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni przy Al. Zwycięstwa 96/98, jako administrator danych osobowych, informują Pana/Panią, iż:   * podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne w procesie zgłoszenia uczestnictwa w szkoleniu, * posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania; * podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.; * udzielona przez Panią/Pana zgoda może być w każdym czasie cofnięta poprzez kontakt z biurem administratora ([biuro@casco.pl](mailto:biuro@casco.pl)), * ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do GIODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.   Data .................................................................. Podpis osoby ..................................................................................................................... | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Popis osoby upoważnionej do reprezentowania Jednostki /Firmy do zaciągania zobowiązań wobec Jednostki/Firmy | | |
| Wypełnione i podpisane zgłoszenie prosimy o przesłanie **najpóźniej na 5 dni** przed planowanym terminem  szkolenia na numer faksu: **58 732 84 84** lub na adres poczty elektronicznej: **klaudia.hawryszczuk@casco.pl** | | |