

# KARTA ZGŁOSZENIA

NA

**„SZKOLENIE OPIEKUNÓW I CZŁONKÓW RODZIN W ZAKRESIE OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI, PRZEWLEKLE CHORYMI I NIESAMODZIELNYMI”**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Numer telefonu .....

Termin szkolenia.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wydania zaświadczenia o odbytym szkoleniu (art.23 oraz art. 32 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. 2002 Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz że przysługuje mi prawo do uzyskania informacji dotyczących zbioru moich danych osobowych oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych.

.....  
(Podpis)



Projekt: „**Poprawa ochrony zdrowia osób starszych, niesamodzielnych i przewlekle chorych z Żar, Lubska i pozostałego obszaru południowej części woj. lubuskiego**”.

Dofinansowany z Mechanizmu Finansowego EOG oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 w ramach Programu Operacyjnego PL07: „**Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno epidemiologicznych**”.  
Wartość projektu wynosi 1.991.217,00 PLN. Wartość dofinansowania wynosi 1.578.355,00 PLN