

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwa szkolenia: Stosowanie metod i form oceniania sprzyjających uczeniu się, w tym oceniania kształtującego.

Imię i Nazwisko	<input type="text"/>	
PESEL	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	E - mail <input type="text"/>
Adres zamieszkania	<input type="text"/>	
Szkoła/institucja	<input type="text"/>	
Stanowisko	<input type="text"/>	

Miejsce i data szkolenia: (wybrane proszę zaznaczyć **X** z prawej strony daty)

Poznań	07.09.2016	<input type="checkbox"/>	08.09.2016	<input type="checkbox"/>	19.09.2016	<input type="checkbox"/>	20.09.2016	<input type="checkbox"/>
Leszno	06.09.2016	<input type="checkbox"/>	07.09.2016	<input type="checkbox"/>				
Kalisz	12.09.2016	<input type="checkbox"/>	13.09.2016	<input type="checkbox"/>				
Konin	14.09.2016	<input type="checkbox"/>	15.09.2016	<input type="checkbox"/>				
Piła	21.09.2016	<input type="checkbox"/>	22.09.2016	<input type="checkbox"/>				

Deklaruję korzystanie ze szkolenia w wybranym terminie
Proszę zaznaczyć **znakiem X**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu w celu realizacji i ewaluacji szkolenia *

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od AKZ, na podany przeze mnie numer telefonu / adres e-mail informacji handlowych przekazywanych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, w szczególności z wykorzystaniem automatycznych systemów wywołujących, drogą elektroniczną:

- e-mailem
- drogą telefoniczną (kontakt z konsultantem)

* zaznaczenie obowiązkowe

Administratorem danych osobowych jest Akademia Kształcenia Zawodowego Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku, ul. Straganiarska 20/22 (AKZ). Podane w formularzu dane osobowe przetwarzane są zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r., poz. 2135 ze zm.), w celach związanych z korzystaniem z realizacją oraz ewaluacją szkolenia, informowaniem o produktach i usługach oraz archiwizowaniem. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji zamawianych usług.

Uprzejmie informujemy, iż przesłanie wypełnionego formularza jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w szkoleniu oraz zobowiązaniem do zapłacenia należności (12,78 zł brutto) na konto Akademii Kształcenia Zawodowego Sp. z o.o. w Gdańsku, ul. Straganiarska 20/22, 80 – 837 Gdańsk z dopiskiem **(Grant Wielkopolskiego Kuratora Oświaty) Numer konta: 19 1440 1097 0000 0000 0032 0714**. W celu zagwarantowania wysokiej jakości świadczonych usług szkoleniowych, prosimy o wcześniejsze zgłaszanie rezygnacji ze szkolenia - najpóźniej na 10 dni roboczych przed datą rozpoczęcia szkolenia. Niezgłoszenie rezygnacji w tym terminie wiąże się z koniecznością udziału w szkoleniu oraz uregulowaniem opłaty za szkolenie.

.....

(Miejscowość i data)

.....

(podpis uczestnika szkolenia)

Uzupełnione i podpisane zgłoszenia proszę przestać skanem na adres: j.fopke@akademie.com.pl lub faksem 58/346 31 26