

Wypełnia Pracownik WSZ:		Wymagane dokumenty:	
Data wpływu		Opłata	
		Oświadczenie	

PODANIE

Zgłaszam się do udziału w kursie/szkoleniu:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BAŃKI OGNIOWE I BEZOGNIOWE | <input type="checkbox"/> MANICURE ŻELOWY |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ KOBIDO | <input type="checkbox"/> PRAKTYCZNA DIAGNOSTYKA TRYCHOLOGICZNA |
| <input type="checkbox"/> FIZJOTERAPIA PACJENTÓW PO COVID-19 | <input type="checkbox"/> PRAKTYCZNA DIAGNOSTYKA TRYCHOLOGICZNA
poziom zaawansowany |
| <input type="checkbox"/> INDYWIDUALNY WZORZEC RUCHOWY W TERAPII
ZABURZEŃ I DOLEGLIWOŚCI KRĘGOSŁUPA I KOŃCZYN | <input type="checkbox"/> PSYCHODIETETYKA |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ KLASYCZNY I STOPNIA | <input type="checkbox"/> PSYCHODIETETYKA ON-LINE |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ KLASYCZNY II STOPNIA | <input type="checkbox"/> PERFEKCYJNA „KĘPKA” |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ TKANEK GŁĘBOKICH | <input type="checkbox"/> PRZEDŁUŻANIE I ZAGĘSZCZANIE RZĘS |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ FOTOGRAFICZNY I SCENICZNY | <input type="checkbox"/> JOGA TWARZY |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ PODSTAWOWY | <input type="checkbox"/> KOSMETOLOGIA AJURWEDYJSKA |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ OKOLICZNOŚCIOWY | |
| <input type="checkbox"/> MANICURE HYBRYDOWY I PRACA FREZARKĄ | |

PROSZĘ WYPEŁNIĆ ZGŁOSZENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko					
Imię					
Data urodzenia					
PESEL					
Adres zamieszkania					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość			
Województwo		Telefon kontaktowy			
e-mail:					
Czy jesteś studentem lub słuchaczem Wyższej Szkoły Zdrowia w Gdańsku?					
tak		kierunek		nie	

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych zawartych w zgłoszeniu o przyjęcie na kurs/szkolenie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu szkolenia w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku. Upoważniam władze i pracowników uczelni do przekazywania informacji związanych z kursem/szkoleniem za pomocą wszelkich dostępnych środków przekazu (poczta, telefon, SMS, e-mail, etc.).

Oświadczam także, iż przyjąłem/am do wiadomości, że:

- warunkiem uzyskania certyfikatu z kursu/szkolenia jest uczestnictwo w zajęciach* oraz uzyskanie pozytywnego wyniku z zaliczenia (jeśli przewiduje je program kursu/szkolenia),
- kurs/szkolenie zostanie uruchomiony jeśli zostanie przyjęta wymagana liczba osób,
- za zgłoszenie uznaje się złożenie zgłoszenia oraz terminowe dokonanie opłaty za kurs/szkolenie,
- w przypadku rezygnacji po rozpoczęciu zajęć, nie przysługuje zwrot dokonanej opłaty za kurs/szkolenie,
- zapoznałem/am się z Zarządzeniem Kanclerza Wyższej Szkoły Zdrowia w Gdańsku w sprawie wysokości i trybu wnoszenia opłat za kursy i szkolenia oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Gdańsk, dnia

.....

podpis

* wymagana:

- 80% - 100% frekwencja - dotyczy kursu: masaż klasyczny I stopnia, masaż klasyczny i II stopnia, masaż tkanek głębokich.
- 100% frekwencja - dotyczy pozostałych kursów/szkoleń.

NIEURUCHOMIENIE KURSU

W przypadku nieuruchomienia kursu/szkolenia uprzejmie proszę o zwrot dokonanej opłaty na numer konta:

.....

.....

Gdańsk, dnia

.....

podpis