

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"/> JOGA TWARZY  | <input type="checkbox"/> PRAKTYCZNA DIAGNOSTYKA TRYCHOLOGICZNA                        |
| <input type="checkbox"/> FIZJOTERAPIA PACJENTÓW PO COVID-19   | <input type="checkbox"/> PRAKTYCZNA DIAGNOSTYKA TRYCHOLOGICZNA<br>poziom zaawansowany |
| <input type="checkbox"/> INDYWIDUALNY WZORZEC RUCHOWY W TERAPII<br>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"/> TAJNIKI CHARAKTERYZACJI FILMOWEJ                             |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ PODSTAWOWY   | <input type="checkbox"/> PRAWO DLA KOSMETOLOGÓW I TRYCHOLOGÓW                         |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ OKOLICZNOŚCIOWY  | <input type="checkbox"/> ANATOMIA PALPACYJNA UKŁADU RUCHU Z<br>ELEMENTAMI USG         |
| <input type="checkbox"/> MANICURE HYBRYDOWY I PRACA FREZARKĄ  |   |

PROSZĘ WYPEŁNIĆ ZGŁOSZENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko								
Imię								
Data urodzenia								
PESEL								
<b>Adres zamieszkania</b>								
Ulica					Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy			Miejscowość					
Województwo				Telefon kontaktowy				
e-mail:								
Czy jesteś studentem lub słuchaczem Wyższej Szkoły Zdrowia w Gdańsku?								
tak	<input type="checkbox"/>	kierunek					nie	<input type="checkbox"/>

## 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