

Wypełnia Pracownik WSZ:		Wymagane dokumenty:	
Data wpływu		Opłata	
		Oświadczenie	

PODANIE

Zgłaszam się do udziału w kursie/szkoleniu:

- JOGA TWARZY
- PODSTAWY KOSMETOLOGII AJURWEDYJSKIEJ
- AJURWEDYJSKA KOSEMTOLOGIA I TERAPIE TWARZY
- AJURWEDYJSKA KOSMETOLOGIA SKÓRY GŁOWY I WŁOSÓW
- AJURWEDYJSKIE MASAŻE - CIAŁA, GŁOWY I TWARZY

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	<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