

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"/> POSTAWY KOSMETOLOGII AJURWEDYJSKIEJ |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ KOBIDO I KINESIOTAPING ESTETYCZNY TWARZY | <input type="checkbox"/> JOGA TWARZY online |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ KLASYCZNY I STOPNIA | <input type="checkbox"/> FIZJOTERAPIA PACJENTÓW PO COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ KLASYCZNY II STOPNIA | <input type="checkbox"/> MANICURE HYBRYDOWY I PRACA FREZARKĄ |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ TKANEK GŁĘBOKICH | <input type="checkbox"/> MANICURE ŻELOWY |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ FOTOGRAFICZNY I SCENICZNY | <input type="checkbox"/> KNEE FROM SCIENCE TO PRACTICE |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ PODSTAWOWY | <input type="checkbox"/> PSYCHODIETETYKA online |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ OKOLICZNOŚCIOWY | <input type="checkbox"/> PRZEDŁUŻANIE I ZAGĘSZCZANIE RZĘS |
| <input type="checkbox"/> TAJNIKI CHARAKTERYZACJI FILMOWEJ | <input type="checkbox"/> LAMINIACJA BRWI I LIFTING RZĘS |

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	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>		<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