

Wypełnia Pracownik WSZ:		Wymagane dokumenty:	
Data wpływu		Opłata	
		Oświadczenie	

## PODANIE

Zgłaszam się do udziału w kursie/szkoleniu:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BAŃKI OGNIOWE I BEZOJNIOWE                     | <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 TRANSBUKALNY                             | <input type="checkbox"/> FIZJOTERAPIA PACJENTÓW PO COVID-19                             |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ KLASYCZNY I STOPNIA                      | <input type="checkbox"/> MANICURE HYBRYDOWY I PRACA FREZARKĄ                            |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ KLASYCZNY II STOPNIA                     | <input type="checkbox"/> MANICURE ŻELOWY  |
| <input type="checkbox"/> MASAŻ TKANEK GŁĘBOKICH                         | <input type="checkbox"/> KNEE FROM SCIENCE TO PRACTICE                                  |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ FOTOGRAFICZNY I SCENICZNY              | <input type="checkbox"/> PSYCHODIETETYKA online   |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ PODSTAWOWY                             | <input type="checkbox"/> PRZEDŁUŻANIE I ZAGĘSZCZANIE RZĘS                               |
| <input type="checkbox"/> MAKIJAŻ OKOLICZNOŚCIOWY                        | <input type="checkbox"/> LAMINIACJA BRWI I LIFTING RZĘS                                 |
| <input type="checkbox"/> TAJNIKI CHARAKTERYZACJI FILMOWEJ               | <input type="checkbox"/> FIZJOTERAPIA ODDECHOWA W UJĘCIU NEURODIAGNOSTYCZNYM – MODUŁ I  |
|   | <input type="checkbox"/> FIZJOTERAPIA ODDECHOWA W UJĘCIU NEURODIAGNOSTYCZNYM – MODUŁ II |

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		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