**Formularz zgłoszeniowy na Kurs specjalistyczny   
dla Safety Assessorów i technologów. (Edycja III)**

skan wypełnionego i podpisanego formularza prosimy przesłać na adres: kurs@thetaconsulting.pl lub pocztą (listem poleconym)

**(\*) pola obowiązkowe  
(\*) pola obowiązkowe, gdy firma/instytucja kieruje uczestnika**

**DANE KANDYDATA**

**\*** Imię i nazwisko:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| Stanowisko: | | | | | |
|  | | | | | |
| **\*** Adres (do korespondencji): | | | | |
|  | | | | |
| **\*** Kod poczt. |  | **\*** Miejscowość | | |
| \_\_ \_\_–\_\_ \_\_ \_\_ |  |  | | |
| **\*** e-mail: | | |  | telefon: |
|  | | |  |  |

**DANE FIRMY/INSTYTUCJI**(**dane do faktury firmy/instytucji kierującej uczestnika na kurs – jeśli dotyczy)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*** Nazwa firmy/instytucji: | | | | |
|  | | | | |
| **\*** Adres: | | | | |
|  | | | | |
| **\*** Kod poczt. |  | **\*** Miejscowość | | |
| \_\_ \_\_–\_\_ \_\_ \_\_ |  |  | | |
| **\*** NIP: | | |  | **\*** e-mail: |
|  | | |  |  |

Czy wystawić fakturę pro forma i przesłać na adres e-mail:

**□** TAK **□** NIE

**KOSZT UCZESTNICTWA W KURSIE**

|  |
| --- |
| **4 350,- zł brutto osoby, które zgłoszą się do dnia 30.06.2023**  **4 600,- zł brutto po 30.06.2023** |

Upoważniam firmę THETA Consulting Sp. z o.o. do wystawienia faktury VAT (w przypadku pozytywnego przyjęcia na Kurs) i wyrażam zgodę na przesyłanie faktur w formie elektronicznej na podany poniżej adres   
e-mail:

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, że zapoznałem/-am się i akceptuję warunki regulaminu uczestnictwa w kursie   
(https://theta-safety.com/regulamin/).

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z zasadami przetwarzania danych osobowych oraz możliwościami wycofania zgód „Obowiązek Informacyjny RODO” na stronie https://theta-safety.com/rodo/ i w pełni je akceptuję.

Kandydat oświadcza, iż spełnia wymagania stawiane osobie dokonującej oceny bezpieczeństwa produktu kosmetycznego zgodnie z art. 10 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1223/2009/WE z dnia 30 listopada 2009 r. oraz posiada wiedzę pozwalającą na rozpoczęcie kursu.

**□\*** Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 10 maja 2018 r. oraz rozp. RODO na potrzeby rekrutacji, realizacji w/w kursu, wydania zaświadczenia ukończenia kursu. Podanie danych i zgoda na ich przetwarzanie są dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wzięcia udziału w Kursie (świadczenia usługi przez THETA Consulting Sp. z o.o.).

**□** Wyrażam zgodę na przesyłanie przez THETA Consulting Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Żeligowskiego 32/34, informacji handlowych na wskazany w formularzu rejestracyjnym adres poczty elektronicznej. Przyjmuję do wiadomości, że wyrażenie zgody jest dobrowolne, a zgodę mogę odwołać w każdym czasie.

**Prawdziwość danych zawartych w formularzu potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość i data |  | podpis kandydata |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość i data**\*** |  | pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej  do reprezentacji płatnika\* |