

.....
Pieczęta placówki,
w której pracuje uczestnik szkolenia

KARTA ZGŁOSZENIA

Program edukacyjny - Alkoholizm w świetle interdyscyplinarnej pomocy osobom uzależnionym i członkom ich rodzin

Imię i Nazwisko
(uczestnika szkolenia)

pełniona funkcja

nr telefonu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imię, nazwisko, nr telefonu przez administratora danych, którym jest Burmistrz Miasta i Gminy Skawina, 32-050 Skawina Rynek 1 w celach organizacji warsztatów.

podpis uczestnika

Prosimy o odesłanie faxem karty zgłoszenia **do dnia 24 października 2014r.** na adres:
Centrum Wspierania Rodziny 32-050 Skawina, ul. Ks. J. Popiełuszki 17 tel./ fax. 276-34-10.

Uwaga! Liczba miejsc ograniczona - decyduje kolejność zgłoszeń!