**FORMULARZ ZGŁOSZNIA NA SZKOLENIE**

Zgłaszam udział w bezpłatnym szkoleniu:

*,,Zapobieganie zakażeniom, chorobom zakaźnym i zawodowym w salonach kosmetycznych”*

Termin spotkania: **04.12.2023 r. godz. 10.00**

Miejsce spotkania: **ul. Metalowa 7**

**Dane uczestnika:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, nazwisko uczestnika:** |  |
| **Nazwa i adres zakładu kosmetycznego** |  |
| **Numer telefonu uczestnika** |  |

Jednocześnie informuję, iż podpisując formularz zapoznałem/am się z *Klauzulą Informacyjną Przetwarzania Danych Osobowych Uczestnika Szkolenia* dołączoną do niniejszego dokumentu i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

Data……………………………… Podpis……………………………

Wypełnioną i podpisany formularz należy przesłać drogą elektroniczną na adres: [sekretariat.psse.szydłowiec@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.psse.szydłowiec@sanepid.gov.pl) lub złożyć w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szydłowcu w godzinach pracy urzędu, tj. od poniedziałku do piątku w godz. od 7:30 do 15:05 w terminie do dnia 27 listopada 2023 roku.