**Přihláška uchazeče o kurz**

**HOJENÍ CHRONICKÝCH RAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Termín kurzu** |  |
| Příjmení, jméno, titul |  |
| Datum narození |  |
| Místo narození |  |
| Adresa trvalého bydliště |  |
| Doručovací adresa |  |
| Kontaktní telefon |  |
| Kontaktní e-mail |  |
| Dosažené vzdělání |  |
| Motivace  k podání přihlášky |  |
| **Bankovní spojení pro platbu:**  3250359001/5500  (do zprávy pro příjemce příjmení uchazeče a HOJENÍ CHRONICKÝCH RAN) | |
| **Souhlas** **se zpracováním osobních údajů (zaškrtněte):**  Souhlasím s využitím svých osobních údajů v rozsahu jméno, příjmení a emailová adresa pro marketingové účely Vzdělávacího centra  Souhlasím s pořizováním fotodokumentace a videozáznamů pořadatelem akce a jejich zveřejněním v rámci propagace Vzdělávacího centra  Tento souhlas je možné kdykoliv odvolat, a to písemně mailem: [info@lexik.cz](mailto:info@lexik.cz)  Svým podpisem stvrzuji, že jsem souhlas se zpracováním osobních údajů poskytl/a dobrovolně. | |
| Prohlašuji, že jsem zdravotně způsobilá/ý k péči o seniory. | |
| **Čestně prohlašuji a svým podpisem stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou pravdivé.** | |

V dne Podpis zájemce