**Formularz zgłoszenia udziału w kursie**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDIATOR SZKOLNY - OPIEKUN SZKOLNYCH KLUBÓW MEDIACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE KURSU** | |
| Temat kursu | **Mediator szkolny – opiekun szkolnych klubów mediacji** |
| Cena | **1200 zł** |
| Termin szkolenia | 01.2025 r. - po zebraniu min. 12 osób w grupie |
| Miejsce szkolenia | WSB, ul. Walczaka 25, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 733 66 68 |
| **DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA** | |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| Nr dokumentu tożsamości |  |
| Adres zamieszkania |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |

**WARUNKI UCZESTNICTWA:**

1. **Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie formularza i przesłanie go na adres mailowy**: [podyplomowe@wsb.gorzow.pl](mailto:podyplomowe@wsb.gorzow.pl) **lub złożenie go osobiście w siedzibie WSB**.
2. Kurs rozpocznie się w momencie zebrania grupy min. 12-osobowej, jednak nie później niż do dnia 03.02.2025 r.
3. W przypadku rezygnacji ze szkolenia należy powiadomić organizatorów mailowo najpóźniej na 14 dni przed terminem szkolenia. Rezygnacja po tym okresie skutkuje obciążeniem uczestnika kosztami w wysokości 50% ceny szkolenia – również w przypadku braku wcześniejszej wpłaty.
4. Cena szkolenia obejmuje: udział w szkoleniu, zestaw materiałów szkoleniowych, certyfikat ukończenia szkolenia. Organizatorzy nie zapewniają dojazdu ani zakwaterowania.
5. Warunkiem przystąpienia do szkolenia jest wpłata na konto WSB:

nr **69 8355 0009 0017 2752 2000 0001**;Gospodarczy Bank Spółdzielczy w Barlinku

w nieprzekraczalnym terminie 14 dni przed terminem szkolenia.

1. Uczelnia po zakończeniu szkolenia wyda fakturę VAT lub rachunek wystawione imiennie na wnioskodawcę w terminie 7 dni od daty zakończenia szkolenia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Miejscowość, data* |  | *Podpis uczestnika* |

**OŚWIADCZENIE**

**o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**⎕** Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wyższą Szkołę Biznesu z siedzibą w Gorzowie Wielkopolskim przy ul. Walczaka 25 moich danych osobowych – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.).

**⎕** Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie moich danych osobowych przez Wyższą Szkołę Biznesu w Gorzowie Wielkopolskim w celach i przez okres prowadzonej rekrutacji oraz przez okres trwania kursu, atakże wprowadzanie ich do systemów teleinformatycznych wymienionej instytucji.

**⎕** Wyrażam zgodę na otrzymywanie na wskazany adres poczty elektronicznej informacji na temat oferty edukacyjno-szkoleniowej WSB.

**⎕** Oświadczam, iż znane mi jest prawo do wglądu i poprawiania udostępnionych przeze mnie danych, jak również możliwość cofnięcia zgody na ich przetwarzanie przez Wyższą Szkołę Biznesu w Gorzowie Wielkopolskim. Cofnięcie musi odbyć się w formie pisemnej.

**⎕** Oświadczam, że poinformowany/-a zostałem/-am o fakcie, że administratorem moich danych osobowych do czasu zakończania kursu będzie Wyższa Szkoła Biznesu w Gorzowie Wielkopolskim, a jego przedstawicielem jest Inspektor Danych Osobowych (e-mail: daneosobowe@wsb.gorzow.pl, tel. 95 733 66 68) oraz o tym, że w terminie trzech tygodni od zakończenia kursu moje dane osobowe zostaną usunięte przez administratora danych.

**⎕** Oświadczam, że powyższe oświadczenie wypełniłem/-am dobrowolnie zgodnie z prawdą, i że jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej z art. 233 par.1 KK za zeznawanie nieprawdy lub zatajanie prawdy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Miejscowość, data* |  | *Podpis uczestnika* |