**Szkolenie**

 **Kołobrzeg od 1czerwca do 4 czerwca 2023 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:**  | **..............................................** |
| **Nazwisko:**  | **..............................................** |
| **Adres e-mail:** | **..............................................** |
| **Telefon kontaktowy:**  | **...................................** |
|  |  |
| [x]  **Radca prawny**  | **Okręgowa Izba Radców Prawnych w:** ……….. | **Numer wpisu:****…………….** |
| [x]   | Zapoznałem się z Informacją o przetwarzaniu danych osobowych |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tytuł** | **Data** | **Uwagi** |
| - **1250 zł** na konto Fundacji Radców Prawnych „Subsidio venire” w BGŻ BNP Paribas **Nr 20 1750 0012 0000 0000 3860 3027** | **………….** | w tytule wpłaty **obok imienia i nazwiska** uczestnika koniecznie wpisując: **„udział w szkoleniu w dniach 1-4.06.2023r. w Centrum Zdrowia i Wypoczynku "IKAR" w Kołobrzegu** |

**…………………………………………………….**

**Data, miejscowość i podpis zgłaszającego.**

|  |
| --- |
| Pamiętaj! Poniższe informacje podajesz dobrowolnie. Każdą *zgodę można wycofać w dowolnym momencie kontaktując się w sposób opisany w Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.* |
| TAK | NIE |  |
| [x]  | [x]  | Chcę być informowana(y) o przyszłych wydarzeniach szkoleniowych Fundacji samorządu radcowskiego na wskazany przeze mnie powyżej adres mailowy. |
| [x]  | [x]  | Wyrażam zgodę na otrzymywanie materiałów marketingowych i handlowych (np. wiadomości od sponsorów) na wskazany przeze mnie powyżej adres mailowy. |
|  |  |  |
|  |  |

**…………………………………………………….**

**Data, miejscowość i podpis zgłaszającego.**