



SZKOLENIE BRANŻOWE POLSKIEJ IZBY BRANŻY POGRZEBOWEJ

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY 16 WRZEŚNIA WARSZAWA

Imię i nazwisko zamawiającego:.....

Pełna nazwa firmy:.....

Nr kontaktowy telefonu:.....

E-mail:.....

NIP:.....

Adres firmy: ulica + kod pocztowy

zgłaszana ilość osób

UWAGA !!!

Uprzejmie prosimy o odesłanie formularza w terminie do 4 WRZEŚNIA 2023 r. na adres e-mail: biuro@polskaizbabranzypogrzebowej.com

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe były przechowywane i przetwarzane przez Polską Izbę Branży Pogrzebowej lub inne upoważnione przez nią podmioty w celu organizacji spotkania. Zostałam(em) poinformowana(ny), że zgodnie z rozporządzeniem parlamentu europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE mam prawo do sprostowania sprzeciwu lub usunięcia moich danych osobowych a także prawo do ograniczenia przetwarzania.

.....

(czytelny podpis i pieczęć firmy)

Izba zastrzega sobie prawo nie przyjęcia zgłoszenia.