**Karta zgłoszenia na szkolenie INDORO(1.1)**

Kartę należy **wypełnić, wydrukować, podpisać** własnoręcznie lub elektronicznie**, wysłać skan** (lub dokument podpisany elektronicznie) **na adres email:** [**szkolenia@indoro.org**](mailto:szkolenia@indoro.org)

**Alternatywnie, wypełnioną Kartę bez podpisu można wysłać z imiennego adresu e-mail**, który pozwala jednoznacznie ustalić tożsamość osoby zgłaszającej, co stanowi formę dokumentową zgodnie z „Regulaminem świadczenia usług szkoleniowych INDORO”.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O SZKOLENIU** | |
| Nazwa i kod szkolenia |  |
| Termin rozpoczęcia szkolenia |  |
| Tryb realizacji szkolenia | [ ] Szkolenie stacjonarne     [ ] Szkolenie online |
| Miejsce realizacji (stacjonarne) |  |
| Łączna wartość usługi (netto) |  |
| **NABYWCA** | |
| Firma/instytucja |  |
| Adres |  |
| NIP |  |
| Osoba zgłaszająca |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |
| **LISTA UCZESTNIKÓW** | |
| 1. Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |
| 2. Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |
| 3. Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |
| 4. Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |
| 5. Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |

(listę uczestników można wydłużyć powielając odpowiednie wiersze tabeli)

|  |  |
| --- | --- |
| **SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKÓW** | |
| Czy uczestnicy potrzebują specjalnego **dostosowania przestrzeni** w związku z niepełnosprawnością ruchową? | [ ] Tak      [ ] Nie |
| Czy uczestnicy mają **inne specjalne potrzeby** wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia? | [ ] Tak      [ ] Nie |
| Jeśli tak, proszę opisać: | |
| Jeśli tak: [ ] Oświadczam, że posiadam zgody powyższych osób na przetwarzanie danych o charakterze danych osobowych szczególnych kategorii, tj. danych o stanie zdrowia dotyczących specjalnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności. | |
| Czy uczestnicy potrzebują **alternatywnych form materiałów** szkoleniowych? | [ ] Tak      [ ] Nie |
| Jeśli tak, proszę opisać: | |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA (NIEZBĘDNE DO REALIZACJI USŁUGI!)** |
| **\* [ ]** Oświadczam, że zgłoszeni **Uczestnicy spełniają wymagania wstępne** przystąpienia do zajęć, wskazane w programie zajęć. |
| **\* [ ]** Oświadczam, że **zapoznaliśmy się i akceptujemy „Regulamin świadczenia usług szkoleniowych INDORO”** (w szczególności w kwestii procedury rejestracji (§ 4), płatności (§5), warunków udziału w szkoleniu (§6), rezygnacji (§8), reklamacji (§9) oraz program szkolenia, którego dotyczy niniejsza Karta Zgłoszenia. |
| **\* [ ]** Wyrażam **zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych** przez INDORO zgodnie z Polityką Prywatności dostępną na stronie [www.indoro.org/prywatnosc](http://www.indoro.org/prywatnosc) |
| **\* [ ]** Oświadczam, że **posiadam wszelkie zgody osób zgłoszonych** do realizacji usługi - uczestników szkoleń na powierzenie i przetwarzanie ich danych osobowych przez INDORO zgodnie z Polityką Prywatności INDORO dostępną na stronie [www.indoro.org/prywatnosc](http://www.indoro.org/prywatnosc) i niniejszym **powierzam INDORO** jako podmiotowi przetwarzającemu, **przetwarzanie wyżej wymienionych danych osobowych** w imieniu Nabywcy w celu odbycia szkolenia oraz w innych celach zgodnie z Polityką Prywatności dostępną na stronie www.indoro.org/prywatnosc na warunkach określonych w art. 28 Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.). |
| **\*\* [ ]** Wyrażam zgodę na nagranie szkolenia w celu monitoringu lub audytu, zgodnie z Regulaminem świadczenia usług szkoleniowych INDORO. |
| **[ ]** Zgadzam się na otrzymywanie informacji handlowych dotyczących oferty INDORO w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną (opcjonalne) |

\*/ Niezbędne do realizacji usługi  
\*\*/ Niezbędne do realizacji usługi dofinansowanej

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA I PODPIS** | |
|  |  |
| Data zgłoszenia | Imię, nazwisko i czytelny podpis osoby upoważnionej pieczątka firmy z nr NIP\* |

\* jeżeli Karta Zgłoszeń jest wysyłana w formie skanu lub korespondencyjnie z podpisem odręcznym