………………………………………..

Imię, nazwisko Uczestnika

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych imienia i nazwiska przez Wojewodę Zachodniopomorskiego z siedzibą w Szczecinie przy ul. Wały Chrobrego 4,
70-502 Szczecin w celu wzięcia udziału w szkoleniu SMK.

⬜ TAK ⬜ NIE

……………………………………….

Data, czytelny podpis