



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY HOLISTIX SPORTS ACADEMY

Nazwa szkolenia : HSA

Termin szkolenia :

Imię i nazwisko uczestnika

Adres.....

.....

Data urodzenia.....

telefon kontaktowy.....

email.....

Dane do faktury (prosimy o wypełnienie przez osoby, które chcą otrzymać fakturę)

Nazwa firmy.....

Adres.....

NIP.....

Telefon, mail.....

Należność należy wpłacić na konto **MBANK 08 1140 2004 0000 3602 4435 6602**

Dane do przelewu:

KAPF DANIEL WÓJCIK ul.Morcinka 13a/5 40 – 124 Katowice; NIP: 6342283180

TYTUŁEM: nazwa i termin szkolenia , imię i nazwisko

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu Holistix Sports Academy w Katowicach i akceptuję jego postanowienia. Jestem świadomy swojego stanu zdrowia i nie znam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych , które uniemożliwiają mi uczestnictwo w kursie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Holistix Sports Group w Katowicach, dla celów zawarcia umowy o szkolenie i jej realizacji oraz w celach marketingowych. Dane są chronione zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j:Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).Oświadczam, że wiem o moim prawie do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

.....
Data, czytelny podpis