



**WOJEWÓDZKI OŚRODEK RUCHU DROGOWEGO  
W SZCZECINIE**

ul. Golisza 10 B, 71-682 Szczecin

tel. 91 442 58 26, fax. 91 442 58 21

e-mail: [szkolenie@word.szczecin.pl](mailto:szkolenie@word.szczecin.pl)

nr konta: 21 2030 0045 1110 0000 0055 6410

**ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU**

**Temat szkolenia**

**Zakres zadań samorządów w zakresie wydawania zezwoleń  
na przejazd pojazdów nienormatywnych i kontroli ruchu  
tych pojazdów w świetle obowiązujących przepisów**

**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ NA SZKOLENIE**

**Nazwisko i imię**

**Adres zamieszkania**

ulica

nr domu/mieszkania

kod pocztowy

miejsowość

**Adres e-mail**

**Telefon kontaktowy**

**DANE DO FAKTURY**

**Nazwa firmy**

**Adres firmy**

ulica

nr domu/mieszkania

kod pocztowy

miejsowość

**NIP**

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Szczecinie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) w celu realizacji szkolenia, wystawienia zaświadczenia o ukończeniu szkolenia i ewentualnych duplikatów zaświadczeń oraz na przechowywanie moich danych w celach archiwalnych.

**Zostałem/zostałam poinformowany/a, że:**

- Przekazanie moich danych jest dobrowolne.
- Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego z siedzibą przy ul. Golisza 10B w Szczecinie.
- Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
Data i czytelny podpis osoby zgłaszającej się na szkolenie