

Po wydrukowaniu i wypełnieniu dostarczyć do KDP ZG PTTK wraz z kopią dowodu wpłaty,  
email: [biuro@kdp.pttk.pl](mailto:biuro@kdp.pttk.pl), faks: (22)8268389.

## Z G Ł O S Z E N I E

### na kurs patofizjologii nurkowania (PP)

w Krajowym Ośrodku Medycyny Hiperbarycznej IMMiT w Gdyni

Kurs Nr

(wpisać wybrany termin)

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

Telefon: ..... faks.....

- kandydat na stopień Instruktora KDP/CMAS \*
- kandydat na stopień Płetwonurka KDP/CMAS \*\*\*
- inni .....(podać posiadany stopień)

Przynależność klubowa: .....

"Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji prac KDP i OCSP zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.97 (Dz. U. Nr 133 poz. 883)".

Dane do wystawienia faktury jeśli jest wymagana (nazwa , adres, NIP): .....

.....  
.....

.....  
Podpis

.....  
Data