



pieczęć Komisji Zakładowej

miejsowość data

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY na szkolenia związkowe

**Data i tytuł szkolenia:** .....

.....

**Nazwisko i imię:** .....

Telefon kontaktowy:  
lub/ i .....

Adres e-mailowy:

Funkcja związkowa (rok wyboru na funkcję): .....

*Stosownie do postanowień art.6. ust.1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszym formularzu w celu uczestnictwa w szkoleniu związkowym.*

*Data i podpis:* .....

**Nazwa organizacji związkowej:** .....

Numer ewidencyjny OZ/OM/ OP/OO: .....

e-mail/ fax .....

W imieniu organizacji związkowej

.....  
podpis osoby upoważnionej

Prosimy o wypełnienie, **podpisanie** i przesłanie na nr fax (32) 253-78-00 lub 32 253-73-73  
lub **scan** e-mail: [zagraniczne@solidarnosckatowice.pl](mailto:zagraniczne@solidarnosckatowice.pl)

(ewentualnie pocztą na adres: 40-286 Katowice ul: Floriana 7)