

Data zgłoszenia:.....

Centrum Innowacji,  
Transferu Technologii i Rozwoju  
Fundacja Uniwersytetu Śląskiego  
tel. (032) 359 21 75  
e-mail: [sekretariat.fundacja@gmail.com](mailto:sekretariat.fundacja@gmail.com)

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

NAZWA ZAJĘĆ	<b>„Opóźniony rozwój mowy”</b>
DATA	<b><u>09.05.2017 r., Gliwice</u></b>

NAZWISKO	
IMIE	
ADRES DO KORESPONDENCJI	
TELEFON KOMÓRKOWY	
ADRES E-MAIL	
MIEJSCE PRACY	
UCZESTNICTWO W SZKOLENIACH LOGOPEDYCZNYCH PANI DR IWONY MICHALAK-WIDERY	<b>TAK / NIE</b>

### DANE DO FAKTURY\*

NAZWA INSTYTUCJI LUB IMIE I NAZWISKO	
ADRES INSTYTUCJI LUB ADRES PRYWATNY	
NIP	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów marketingowych oraz otrzymywanie informacji handlowych wysyłanych drogą elektroniczną przez Centrum Innowacji, Transferu Technologii i Rozwoju Fundacja Uniwersytetu Śląskiego ul. Bankowa 12, 40-007 Katowice. Dane są chronione zgodnie z ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U.Nr 133/97 poz 883). Oświadczam, że poinformowano mnie o prawie wglądu i korekty przekazanych danych oraz prawie rezygnacji z otrzymywania informacji handlowych poprzez wysłanie korekty/rezygnacji na adres Centrum Innowacji, Transferu Technologii i Rozwoju Fundacja Uniwersytetu Śląskiego

Podpis uczestnika:.....

\* wypełnić tylko w przypadku, jeżeli faktura jest wymagana