

ZGODA NA UDZIAŁ GRUPY W WARSZTATCH „MAGIA ZIÓŁ”

Dane grupy:

Data warsztatów:.....

Placówka Oświatowa:.....

Adres Placówki:.....

Tel. kontaktowy:.....

Adres e-mail:.....

Dane Opiekuna grupy lub osoby do kontaktu:

Imię:.....

Nazwisko:.....

Nr tel.....

Adres e-mail:.....

- 1. Zapoznałem (- am) się, przyjmuję do wiadomości i akceptuję treść Regulaminu warsztatów „Magia ziół i zobowiązuję się do jego przestrzegania.**
- 2. Wyrażam w pełni dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych grupy w celach określonych w Regulaminie Warsztatów.**

.....
Czytelny podpis Opiekuna grupy