# ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

# W SPOTKANIU PODMIOTÓW REINTEGRACYJNYCH

**ŁÓDŹ, RCPS 20.03.2018 r.**

Formularz prosimy wypełnić drukowanymi literami

### *Podmiot / Instytucja, adres i telefon*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nazwa podmiotu / instytucji*** |  | ***NIP*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | ***e-mail*** |
| ***Adres*** |  |  |
|  |  |
|  |  | ***Telefon*** |
| ***Powiat:*** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Imię i Nazwisko Uczestnika/Uczestniczki spotkania:*** |  |
| *Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zbieranych dla potrzeb realizacji projektu „Koordynacja i rozwój ekonomii społecznej w województwie łódzkim” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach IX Osi Priorytetowej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101,poz. 926 , z późn. zm.). Niniejszym oświadczam, iż dane zawarte w powyższej deklaracji są zgodne z prawdą.*    *Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem Danych Osobowych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8., oraz że przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz do ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania wiąże się z brakiem możliwości udziału w spotkaniu.*  ***………………………………..***  ***Czytelny podpis*** | |

**Prosimy o przesłanie skanu wypełnionego formularza na adres e-mail:** [**rekrutacja.es@rcpslodz.pl**](mailto:rekrutacja.es@rcpslodz.pl) **lub faxem na nr 42 203 48 17. Wszelkie informacje o spotkaniu pod numerem telefonu 42 203 48 28**

……………………………………

data, podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej do reprezentowania podmiotu / instytucji/

*.*