



**Liga Mistrzyń 2015**  
Konin, 11-16.08.2015

## Formularz zgłoszeniowy dla wolontariuszy

*W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt na adres mailowy: [biuro@medykkonin.pl](mailto:biuro@medykkonin.pl) lub na numer tel. 662 868 102. Zgłoszenia przyjmowane będą do 31 lipca.*

### Dane podstawowe:

Imię: \_\_\_\_\_  
Nazwisko: \_\_\_\_\_  
Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
PESEL: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### Dodatkowe języki obce:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### UWAGA:

Przed wysłaniem formularza upewnij się, że zaznaczyłeś pole poniżej:  
*Zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (Dz.U. nr 133, poz. 883).*