**OŠ DPO MT – AOP .............. / 2018**

**ZÁVÄZNÁ PRIHLÁŠKA**

**na základnú odbornú prípravu preventivárov požiarnej ochrany obce**

Titul, meno a priezvisko : ....................................................................................................................

Bydlisko : ..............................................................................................................................................

Dátum narodenia : ........................................... Miesto narodenia : ....................................................

 Číslo tel.: ..................................................

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**Fakturačné údaje:**

OcÚ, (MsÚ), DHZ, adresa : ....................................................................................................................

DIČ (IČ DPH) .......................................... IČO .............................. Číslo tel.: ..............................................

Pečiatka, podpis: .................................

Po ukončení špecializovanej prípravy Vám bude vystavená faktúra.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Identifikácia platby vopred:

Pri platbe vopred uvádzajte variabilný symbol (VS): **IČO** - OcÚ, MsÚ; DHZ **– povinný údaj!**

Účet OŠ DPO SR, č. účtu SK 30 0200 0000 0025 9260 1051 VÚB, a.s. Martin.

**V správe pre prijímateľa uvádzajte názov platcu!**

**Súhlas dotknutej osoby**

**so spracovaním osobných údajov.**

V zmysle § 11 zák. NR SR č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov dávam súhlas Odbornej škole DPO SR Martin, Kuzmányho č. 36 na spracovanie osobných údajov uvedených na osvedčení o absolvovaní základnej prípravy členov hasičských jednotiek (ZHZ,DHZO).

Titul, meno a priezvisko : ........................................................................................................................

V ................................................

dňa: ................................................

...........................................................

 podpis dotknutej osoby