|  |  |
| --- | --- |
| Nr indeksuZDJĘCIE……………………………… | Zniżki: …………….…………Wpisowe: …………………… |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA STUDIA PODYPLOMOWE**

|  |
| --- |
| **Dziekan Wydziału Ekonomii i Pedagogiki w Gryficach****prof. ZPSB dr Grażyna Maniak****Rok akademicki:………………………..................** Proszę o przyjęcie na studia podyplomowe na kierunku:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…Do zgłoszenia załączam odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych oraz 2 zdjęcia……………………………, dnia…………………….. Podpis kandydata/kandydatki……………………………………… |
| **Uwaga:** Czy zgadza się Pan/Pani podjąć studia na zbliżonym do wybranego kierunku, w razie nie uruchomienia wybranego przez Pana/Panią kierunku: TAK, kierunek: ………………………………………….............................................. NIE |
| 1. **DANE OSOBOWE**
 |
| **IMIĘ/ IMIONA**  |  | **NAZWISKO** |  |
| **NAZWISKO RODOWE** |  |
| **IMIĘ MATKI** |  | **IMIĘ OJCA** |  |
| **DATA I MIEJSCE URODZENIA** |  | **PESEL** |  |
| **ADRES ZAMELDOWANIA** | miasto | kod pocztowy | województwo |
| ulica i nr | obszar miejski wiejski  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli taki jak wyżej proszę zaznaczyć )** | miasto | kod pocztowy | województwo |
| ulica i nr |
| **E-MAIL** |  | **TELEFON** |  |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE**
 |
| **UCZELNIA** |  |
| **KIERUNEK** |  |
| **DATA UKOŃCZENIA STUDIÓW** |  | **TYTUŁ** |  |
| 1. **PRZEBIEG KARIERY ZAWODOWEJ – w ciągu ostatnich 3 lat**
 |
| **Okres od - do** | **Miejsce pracy** | **Stanowisko**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ŁĄCZNY STAŻ PRACY** |  |
| 1. **INFORMACJE DODATKOWE**
 |
| Skąd Pan/Pani dowiedział/a się o naszych studiach podyplomowych (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): |
|  strona www uczelni |  reklama w internecie |  reklama w mediach |  folder informacyjny |
|  znajomi/rodzina |  reklama zewnętrzna |  targi |  inne ……………………. |
| Co wpłynęło na Pana/Pani decyzję o podjęciu studiów w Zachodniopomorskiej Szkole Biznesu (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): |
|  marka Uczelni |  cena |  program studiów |  wykładowcy/kadra |
|  obsługa |  rekomendacja znajomych/rodziny |  sposób organizacji studiów |  inne……………………. |
| 1. **SKIEROWANIE (dotyczy osób kierowanych na studia przez pracodawcę lub inną organizację)**
 |
| ………………………………………………………………………………………..………. kieruję Pana/Panią …………………………………………..  nazwa firmy/organizacjina studia podyplomowe na kierunku ……………………………………………………………………………………… |
| …………………………………………………….Pieczątka i podpis osoby upoważnionej |

**DEKLARACJA SPOSOBU PŁATNOŚCI CZESNEGO**

Po zapoznaniu się z cennikiem opłat i Regulaminem Studiów Podyplomowych w Zachodniopomorskiej Szkole Biznesu potwierdzam chęć uczestnictwa w studiach podyplomowych. Jednocześnie zobowiązuje się do dokonania wszelkich opłat za studia w następującym trybie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  jednorazowo za cały rok z góry |  w 2 ratach semestralnych |  miesięcznie (do 10-go każdego miesiąca) |

Jestem świadom/a, że za każdy dzień zwłoki w dokonaniu płatności Zachodniopomorska Szkoła Biznesu będzie naliczać ustawowe odsetki karne.

…………………………………………………….

Czytelny podpis kandydata/kandydatki

**FAKTURA**

Proszę o wystawienie faktury VAT po dokonaniu wpłaty TAK NIE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dane do faktury: | Nabywca: ………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………..…….……………………………………………………………………………... | NIP:………………………………………………………… |
| Adres:…………………………………………………………………………………………………………….……………………..……..… |

Upoważniam/Upoważniamy Zachodniopomorską Szkołę Biznesu do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy oraz deklaruję odbiór faktury w Dziekanacie Wydziału Ekonomii i Pedagogiki w Gryficach.

……………………………………………………………………………………………………….

Czytelny podpis odbiorcy/Pieczątka i podpis osoby upoważnionej z organizacji kierującej uczestnika na studia

**OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany o tym, że zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. nr 133 poz. 833 z późn. zm. Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie, ul. Żołnierska 53, 71-210 Szczecin będzie przetwarzać powyższe dane osobowe w zakresie niezbędnym do realizacji procesu rekrutacji, przebiegu studiów, działań związanych z monitorowaniem i egzekucją opłat, monitorowaniem losów absolwentów, jak też w celach archiwalnych. Oświadczam, że powyższe dane podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo wglądu w dane oraz prawo do ich poprawienia. Zobowiązuje się do pisemnego powiadamiania o każdorazowej zmianie danych adresowych. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nie poinformowania o ich zmianie, w tym adresu poczty elektronicznej, korespondencję wysłaną na podane uprzednio dane uważa się za skutecznie doręczoną.

…………………………………………………….

Czytelny podpis kandydata/kandydatki

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej, w tym materiałów promocyjnych drogą elektroniczną od Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu na powyżej wskazany adres elektroniczny (zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz.U. nr 144, poz.1204 z późn. zm., zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. nr 133 poz. 833 z późn. zm.). Oświadczam, że wiem o dobrowolności podania danych i prawie do ich poprawienia, zmiany lub usunięcia.

…………………………………………………….

Czytelny podpis kandydata/kandydatki