|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ZDJĘCIE | | | | | |  |  | | --- | --- | | Nr indeksu | Zniżki: …………….…………  Wpisowe: …………………… |   **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA STUDIA PODYPLOMOWE** | | | | | | | |
| Rok akademicki: 2017/2018  **JM Rektor Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu w Szczecinie**  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** | | |  | | | |
| **NR DOWODU OSOBISTEGO** | | | |  | | **PESEL** | | |  | | | |
| **DATA I MIEJSCE URODZENIA** | | | |  | | | | | | | | |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** | | | | miasto | | | kod pocztowy | | | | województwo | |
| ulica | | | nr domu | | | | nr mieszkania | |
| **E-MAIL** |  | | | | | | **TELEFON** | | | |  | |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE** | | | | | | | | | | | | |
| **UCZELNIA** | | | |  | | | | | | | | |
| **KIERUNEK** | | | |  | | | | | | | | |
| **DATA UKOŃCZENIA STUDIÓW** | | | |  | | | **TYTUŁ** | | |  | | |
| 1. **PRZEBIEG KARIERY ZAWODOWEJ – w ciągu co najmniej 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 (tv, radio, prasa) | | | | | | 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/organizacji  na studia podyplomowe na kierunku …………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………….  Pieczątka i podpis osoby upoważnionej | | | | | | | | | | | | |
| **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 Wydziale Ekonomii i Nauk o Zdrowiu w Świnoujściu.  ……………………………………………………………………………………………………….  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. 2014 poz.1182 z późn. zm. Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie, ul. Żołnierska 53, 71-210 Szczecin jest administratorem danych osobowych i 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 | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, ze zapoznałam/em się z umową oświadczenie usług edukacyjnych dla słuchaczy studiów podyplomowych, Regulaminem Studiów Podyplomowych oraz Tabelą opłat.  …………………………………………………….  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. 2013 poz. 1422 z późn. zm., zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. 2014 poz. 1182 z późn. zm.). Oświadczam, że wiem o dobrowolności podania danych i prawie do ich poprawienia, zmiany lub usunięcia.  …………………………………………………….  Czytelny podpis kandydata/kandydatki | | | | | | | | | | | | |