**STUDIUM SZTUKI**

Warszawa 00-048

ul. Mazowiecka 6/8

Pekao SA 23 1240 6322 1111 0010 8615 9123

\* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

Imię i Nazwisko : ………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia : ……………………………………………………………………

Adres do korespondencji : ……………………………………………………………………

Adres zameldowania (jeśli inny) : ……………………………………………………………

Kontakt: e-mail ………………………………………………………………………………..

Tel. komórkowy ………………………………………………………………………………..

Strona www…………………………………………………………………………………….

Wykształcenie : ………………………………………………………………………………..

Zawód i miejsce pracy : ………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że jestem zdecydowany(-a) na udział w zajęciach programu ROK WARSZTATOWY w STUDIUM SZTUKI.

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie słuchaczy i ich przetwarzanie oraz wykorzystywanie wyłącznie dla potrzeb organizacyjnych STUDIUM SZTUKI.

Data ......................................... Podpis ............................................