**Załącznik nr 1**

**do Umowy w sprawie uczestnictwa**

**DANE REPREZENTANTA UCZESTNIKA ZAGRANICZNEJ WIZYTY STUDYJNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko reprezentanta Uczestnika wizyty studyjnej |  |
| Nazwa Uczestnika wizyty studyjnej (nazwa firmy) |  |
| Stanowisko reprezentanta |  |
| Znajomość języka obcego  |  |
| Nr tel. komórkowego  |  |
| Adres e-mail |  |
| Data urodzenia  |  |
| Numer i data ważności dowodu lub paszportu |  |

 ……………………………………………………

 data i podpis **Uczestnika wizyty studyjnej**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora wydarzenia do celów związanych z realizacją projektu „*Regionalny projekt w zakresie budowy potencjału regionu PPO”*
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021–2027.

………………………………………………………

 data i podpis **reprezentanta Uczestnika wizyty studyjnej**