

# PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ, WARTOŚCI I ZYSK

Proszę wypełnić poniższy kwestionariusz, wydrukować, podpisać na każdej stronie i wraz z podpisaną aktualną fotografią zgodną z wymaganiami obowiązującymi przy wydawaniu dowodów osobistych (3,5 x 4,5 cm), kopią dyplomu ukończenia studiów, kopią dowodu osobistego oraz dowodem wpłaty opłaty rekrutacyjnej w wysokości 85 zł przesać pocztą na adres Wyborna 20, 03-681 Warszawa lub dostarczyć osobiście do 30 września 2018 r.

Oryginał dyplomu oraz dowodu osobistego należy przedstawić w Dziekanacie podczas pierwszego zjazdu w celu poświadczenia kopii za zgodność z oryginałem.

## DANE OSOBOWE

Nazwisko\*

Imię pierwsze\*

Imię drugie

Email\*

Telefon\*

Nazwisko rodowe\*

Data urodzenia:

Rok\*

Miesiąc\*

Dzień\*

Miejsce urodzenia (miejscowość, kraj)\*

Obywatelstwo\*

Pesel\*

Seria i nr dowodu osobistego lub nr paszportu (dot. obcokrajowców)\*

Dowód osobisty lub paszport (dot. obcokrajowców) został wydany przez:\*

\* Pola wymagane

## ADRES ZAMELDOWANIA

Ulica\*

Numer domu\*

Numer mieszkania

Kod pocztowy (xx-xxx)\*

Miejscowość\*

## ADRES KORESPONDENCYJNY

Jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zameldowania, prosimy zaznaczyć poniższe pole i przejść dalej.

adres do korespondencji jest taki sam jak adres zameldowania

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

## PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEJ EDUKACJI

Nazwa ukończonej szkoły wyższej (na której kandydat uzyskał stopień dr lub tytuł zawodowy mgr lub lic.)\*

Miejscowość\*

Rok ukończenia\*

Numer dyplomu\*

Tytuł zawodowy\*

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych.

\_\_\_\_\_  
Data wypełnienia kwestionariusza\*

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis\*

\* Pola wymagane

Nazwisko\*

Imię pierwsze\*

Imię drugie

Informujemy, że Administratorem danych osobowych w myśl Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016.922 j.t. ze zm.) jest Wyższa Szkoła Teologiczno-Społeczna w Warszawie, ul. Wyborna 20. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane na potrzeby realizacji procesu rekrutacji, przebiegu studiów i działań związanych z monitorowaniem i egzekucją opłat, jak też w celach archiwalnych. Każda osoba udostępniająca swoje dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów Ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. 2012.572 j.t. ze zm.) w związku z trybem i warunkami rekrutacji ustalonymi przez Wyższą Szkołę Teologiczno-Społeczną w Warszawie.

- \*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wszystkich przekazanych przeze mnie informacji dla potrzeb rejestracji, postępowania rekrutacyjnego, a następnie dokumentowania przebiegu studiów, zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016.922 j.t. ze zm.), a także na potrzeby przyszłych rekrutacji przez Wyższą Szkołę Teologiczno-Społeczną w Warszawie. Zostałem poinformowany o możliwości wglądu, zmiany oraz wycofania zgody na przetwarzanie w/w danych.
- Wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji procesu edukacyjnego, w tym podczas uroczystości rozpoczęcia i zakończenia roku akademickiego, nabożeństw, zajęć dydaktycznych, przerw w zajęciach na realizowanych na terenie Wyższej Szkoły Teologiczno-Społecznej w Warszawie w mediach: Internecie, prasie, telewizji, broszurach informacyjnych i reklamowych Wyższej Szkoły Teologiczno-Społecznej w Warszawie w celach promocyjnych i reklamowych.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o Wyższej Szkole Teologiczno-Społecznej i realizowanych programach za pośrednictwem poczty elektronicznej zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. 2013.1422 j.t.).
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych, promocyjnych i reklamowych przez Wyższą Szkołę Teologiczno-Społeczną w Warszawie.

---

Data wypełnienia kwestionariusza\*

---

Czytelny podpis\*

## PŁATNOSCI

Nazwisko\*

Imię pierwsze\*

Imię drugie

Email\*

Telefon\*

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za studia podyplomowe:\*

- poprzez jednorazową wpłatę w wysokości 3 500 zł (płatność do 30 września 2018)
- w dwóch ratach po 1 790 zł (płatność I raty do 30 września 2018, II raty do 31 stycznia 2019)
- w dziesięciu ratach po 400 zł (płatność do ostatniego dnia miesiąca zaczynając od września 2018)

Jeśli chce Pan / Pani otrzymać fakturę za opłatę za studia, proszę podać dane do faktury:

Nazwa firmy

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy (xx-xxx)

NIP

Miejscowość

---

Data wypełnienia kwestionariusza\*

---

Czytelny podpis\*