

Data:

Microsoft Imagine

Wniosek o przystąpienie do programu

Imię

Nazwisko

Numer albumu

CKI Rybnik

Kierunek studiów

Rodzaj studiów

Semestr

Adres e-mail

Hasło początkowe

Niniejszym potwierdzam, że znane mi są zasady uczestnictwa w programie MS-Imagine. Zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz wyrażam zgodę na przechowywanie moich danych osobowych w celach ewidencjonowania.

czytelny podpis - nie dotyczy słuchaczy CKI Rybnik