|  |
| --- |
|  |

**Žiadosť o poskytnutie štipendia pre študentov stredných škôl**

|  |  |
| --- | --- |
| \*Meno a Priezvisko: | |
| \*Názov SOŠ – odbor: | |
| \*Adresa trvalého bydliska: Zdravotná poisťovňa: | |
| \*Rodné číslo: | |
| \*Dátum narodenia: | \*Miesto narodenia: |
| \*Telefónne číslo: | \*E – mail: |
| \*Číslo účtu v tvare IBAN: | |
| Odkiaľ ste sa od nás dozvedeli: | |

**\*povinné údaje**

|  |  |
| --- | --- |
| V............................ Dňa.................... | Podpis: |

Svojim podpisom dávam súhlas Bel Power Solutions,s.r.o. na spracovanie osobných údajov za účelom posúdenia žiadosti o poskytnutie štipendia. Bel Power Solutions,s.r.o sa zaväzuje, že využije osobné údaje získané prostredníctvom žiadosti o štipendijný program len za účelom prevádzkovania štipendijného programu, evidencie a kontaktovania záujemcov a ďalšej komunikácie s nimi.