

Dotyczy certyfikatu:	<input type="checkbox"/> Qualified Crew <input type="checkbox"/> Inland Skipper <input type="checkbox"/> Inshore Skipper
Numer ewidencyjny certyfikatu	
Imię i nazwisko zdającego	
Imię i nazwisko oceniającego Numer instruktora ISSA	Marcin Koc
Adres do korespondencji*	
Imię i nazwisko instruktora	Marcin Koc
Data i miejsce egzaminu	
Termin i miejsce kursu	
Firma organizująca kurs	MK SAILING
Imię i nazwisko wypełniającego	Marcin Koc
Data wypełnienia	

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymania certyfikatu ISSA:

TAK  NIE

Numer telefonu zdającego (dla celów weryfikacji).....

Podpis kandydata

Podpis instruktora

.....

.....