

Uchwała PORL- 1152/2020
Prezydium
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z dnia 08 września 2020 r.

w sprawie organizacji przez Wielkopolską Izbę Lekarską obowiązkowego kursu specjalizacyjnego „Prawo medyczne”.

Na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 02 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. 2019.965 ze zmianami) oraz Uchwały nr 51/2010 Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 16 kwietnia 2010 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej do działania w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej ze zm. oraz Uchwały nr 161/2019/VIII Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 17 grudnia 2019 r. w sprawie zatwierdzenia prowizorium budżetowego na 2020 r., w związku z § 3 ust. 5 Uchwały nr 146/2019/VIII Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 16 listopada 2019 r. w sprawie zasad wydatkowania środków budżetowych Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1

1. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wyraża zgodę na organizację akredytowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego bezpłatnego kursu „Prawo medyczne”.
2. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przeznacza na realizację kursu, o którym mowa w § 1 ust. 1 niniejszej uchwały kwotę do 4.000,00 zł (słownie: cztery tysiące 00/100) zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszej uchwały, który jest przechowywany w księgowości Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.
3. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej jako organizator i finansujący kurs, o którym mowa w § 1 ust. 1 niniejszej uchwały, w związku ze zdarzającymi się sytuacjami nieobecności uczestników na kursie pomimo zapisu, zatwierdza dodatkowy formularz zgłoszeniowy dla uczestników, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały, w którym uczestnik m.in. zobowiązuje się do pokrycia kosztów uczestnictwa w razie nieobecności na kursie, która nie została uzgodniona z organizatorem i finansującym tj. Wielkopolską Izbą Lekarską.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Biura WIL oraz Ośrodkowi Doskonalenia Zawodowego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

lek. Artur de Rosier

1. Załącznik do uchwały PORL-1152/2020 Prezydium ORL WIL w sprawie organizacji przez Wielkopolską Izbę Lekarską obowiązkowego kursu specjalizacyjnego „Prawo medyczne”

c) Komisja Kształcenia

Nazwa wydarzenia	Prawo medyczne
Data wydarzenia	30.09-02.10.2020
Miejsce	EDU WIL
Szacowana ilość uczestników	30
Opłaty dla uczestników	brak
Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za organizację	Marek Saj
Adres poczty elektronicznej osoby odpowiedzialnej za organizację	dyrektor@wil.org.pl
Numer telefonu osoby odpowiedzialnej za organizację	504 241 134

Koszty	Wyszczególnienie kosztów	Opis danego kosztu	Kwota
Wydarzenia	- catering	kanapki	1 199,70 zł
	- artykuły spożywcze		
	- artykuły cateringowe		
	- artykuły biurowe	notesy, długopisy	117 zł
Szkolenie	- zakup/wynajem artykułów technicznych		
	- wynajem sali		
	- obługa szkolenia		
	- wynagrodzenia wykładowców		2 646,24 zł
	- ubezpieczenie		
	- zaproszenia, plakaty, ulotki		
	- pozostałe umowy zlecenia/o dzieło		
	- materiały szkoleniowe		
	- pozostałe akcesoria, takie jak:		
	a) b) c)		
- pozostałe koszty, takie jak:			
a) kwiaty, podziękowania, dyplomy			
b) c)			

Podsumowanie: 3 962,94 zł

Przychody	Wysokość wszystkich wpłat	Nazwa sponsora
Opłaty uczestników	0	
Wpłata sponsora		
Inne:		

Podsumowanie przychodów 0

Łączny budżet wydarzenia
Przychody - koszty -3 962,94

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

sporządziła: Magdalena Walkowiak

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

lek. Elżbieta Marszałkowska

lek. Artur de Rosier



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS

Tytuł kursu: Prawo medyczne

Numer kursu:

Data kursu:.....

Imię i nazwisko: Nr PWZ:

Nr PESEL: Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy: e-mail:

OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁEM POINFORMOWANY I AKCEPTUJĘ, ŻE :

W PRZYPADKU REZYGNACJI Z KURSU ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:

1. ZAPEWNIENIA NA MOJE MIEJSCE INNEGO UCZESTNIKA LUB
2. POKRYCIA KOSZTÓW ORGANIZACYJNYCH KURSU W WYSOKOŚCI **200 ZŁ**

UWAGA!!! NIE WZIĘCIE UDZIAŁU W KURSIE JEST RÓWNOZNACZNE Z REZYGNACJĄ Z NIEGO I WIĄŻE SIĘ Z KONIECZNOŚCIĄ POKRYCIA OPŁATY, O KTÓREJ MOWA W PUNKCIE 2 NINIEJSZEGO FORMULARZA.

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu możliwości uczestnictwa w kursie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis uczestnika)

Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wielkopolska Izba Lekarska z siedzibą w Poznaniu przy ul. Nowowiejskiego 51, którą reprezentuje Prezes.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Katarzyna Michalska, admin@wil.org.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla potrzeb zarejestrowania uczestnictwa w kursie na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, operatorzy pocztowi i kurierzy, firmy wspierające obsługę informatyczną oraz świadczące usługi archiwizacyjne.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
- 6) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 7) Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.

.....
(miejsowość, data)

(podpis uczestnika)

SEKRETARZ
*Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej*

lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
*Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej*

lek. Artur de Rosier