**Tytuł kursu:**

Kurs ALS

**Data kursu: 30-31.03.2019** r.

**1. DANE UCZESTNIKA:**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………… Nr PESEL: …………………………………

Data urodzenia: ……………………………………… Miejsce urodzenia: ………………………………………………..

Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………………………....

Telefon kontaktowy: ………………………………………………………… e-mail: …………………………………………….

*Jestem/ nie jestem członkiem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej \**

**2. DANE FINANSOWE:**

1. KOSZT KURSU – 1150,00 zł
2. WPŁATA UCZESTNIKA – 950,00 zł (dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej), 1150,00 zł dla pozostałych osób
3. RÓŻNICA – 200,00 zł (dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej)

Opłatę należy przekazać na konto bankowe nr **45 1020 4027 0000 1102 0404 3501** lub w kasie WIL DO DNIA 01.03.2019 r. z dopiskiem – „ALS”

**3. OŚWIADCZENIA:**

Oświadczam, że prowadzę/nie prowadzę działalności gospodarczej\*

**DANE DO FAKTURY**

 Nazwa ……………………………………………………………………………………………………….……

 Adres ………………………………………………………………………………………………………………

 NIP ………………………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁEM POINFORMOWANY I AKCEPTUJĘ, ŻE :**

* NIE MA MOŻLIWOŚCI REZYGNACJI Z KURSU PO DNIU 01.03. 2019 R.,
* W PRZYPADKU BRAKU UCZESTNICTWA DOKONANE WPŁATY NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI,
* WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA ZASTRZEGA SOBIE MOŻLIWOŚĆ ODWOŁANIA KURSU Z POWODU ZBYT NISKIEJ FREKWENCJI

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.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku złożenia oświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej i wskazaniu danych do faktury (punkt 3) kwotę wskazaną w punkcie 2 C należy wykazać w przychodach działalności gospodarczej, o ile przepisy podatkowe tak stanowią\*.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku złożenia oświadczenia o braku prowadzenia działalności gospodarczej otrzymam na kwotę wskazaną w punkcie II C dokument PIT 8-C, o ile przepisy podatkowe tak stanowią \*.

*…………………………………… ………………………………………………*

 *(miejscowość, data) (podpis i pieczątka 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.

*…………………………………… ………………………………………………*

 *(miejscowość, data) (podpis uczestnika)*