

**Formularz zgłoszeniowy na konferencję stomatologiczną
organizowaną przez Komisję Stomatologiczną Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
Boszkowo, 10-12 maja 2019 r.**

Imię i nazwisko Uczestnika.....
Numer PWZ
Adres: Ulica i numer
Kod i Miasto
Telefon kontaktowy
Adres e-mail
Członek Izby Lekarskiej:.....

Dane do faktury:

Nazwa
Ulica.....
Miejscowość i kod pocztowy.....
NIP

Rezerwacja noclegu z wyżywieniem (prosimy o zaznaczenie)

☐ 10/12 maja 2019 r.

Dodatkowe informacje:

☐ Z osobą towarzyszącą – koszt osoby towarzyszącej pobytu z wyżywieniem 720 zł brutto

Deklaruję udział w następujących warsztatach:

☐ „Mój pierwszy implant” – koszt 350 zł

Opłata za uczestnictwo w warsztatach płatna na konto Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, w tytule płatności prosimy wpisać: tytuł warsztatów, Boszkowo

- ☐ „Bezpośrednie odbudowy zębów przednich; jak łatwo uwierzyć w swoje możliwości” – koszt 320 zł, Kod szkolenia 029/19
- ☐ „Czas na ENDO” – koszt 250 zł, Kod szkolenia 030/19
- ☐ „Endodoncja – szkolenie zaawansowane – praca w powiększeniu” – koszt 590 zł, Kod szkolenia 031/19

Opłata za uczestnictwo w warsztatach płatna na konto firmy MARRODENT:

MARRODENT SP. Z O.O. 43-300 Bielsko-Biała, ul. Krasieńskiego 31
nr konta mBANK: 48 1140 1049 0000 2278 7400 1024 w tytule płatności prosimy wpisać:

dane do faktury, tel. kontaktowy, NIP, kod szkolenia

Informacja o zakwalifikowaniu się do udziału w warsztatach zostanie przekazana drogą mailową na adres wskazany w formularzu do dnia 05 kwietnia 2019 r.

- ☐ Kurs „Ochrona radiologiczna pacjenta” – koszt 399,00 zł (opłata za szkolenie + egzamin) dla osób, które skorzystały ze szkolenia firmy Pozytron w przeszłości; koszt 420,00 zł (opłata za szkolenie + egzamin) dla osób, które nie korzystały z oferty szkoleniowej firmy Pozytron

Informacja o zakwalifikowaniu się do udziału w szkoleniu zostanie przekazana drogą mailową na adres wskazany w formularzu do dnia 05 kwietnia 2019 r.

Opłata za uczestnictwo w warsztatach płatna na konto firmy POZYTRON:

Getin Noble Bank: 70 1560 0013 2343 6914 4000 0001

Opłata za pobyt w dniach 10-12 maja 2019 r. dla uczestnika konferencji wynosi łącznie 720 zł. brutto i jest płatna na konto Wielkopolskiej Izby Lekarskiej:

PKO Bank Polski S.A.: 45 1020 4027 0000 1102 0404 3501

Warunkiem uczestnictwa w konferencji jest wpłata wszystkich kwot za udział w warsztatach, szkoleniu (o ile na adres mailowy zostanie przesłane potwierdzenie udziału przez organizatora) oraz opłaty za pobyt na prawidłowe konta nie później niż do dnia 10 kwietnia 2019 r.

Jednocześnie oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że w przypadku rezygnacji z udziału w konferencji po dniu 10 kwietnia 2019 r. wpłacona kwota za udział w konferencji ulega zwrotowi jedynie w przypadku znalezienia przez rezygnującego na zwolnione miejsce nowego uczestnika i przekazania jego danych do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

.....
(pieczęćka i podpis)

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 moich danych osobowych niezbędnych do udziału w konferencji stomatologicznej oraz loterii losowej organizowanej przez Wielkopolską Izbę Lekarską w dniach 10-12.05.2019 r., a także na przetwarzanie mojego wizerunku przez organizatora w celu publikacji relacji z wydarzenia.

.....
(czytelny podpis)

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 w celu uczestnictwa w konferencji stomatologicznej oraz loterii losowej organizowanej przez Wielkopolską Izbę Lekarską w dniach 10-12.05.2019r. - 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 podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, firmy wspierające obsługę informatyczną, osoby odwiedzające stronę www.wil.org.pl oraz profil WIL na portalu społecznościowym Facebook, osoby prenumerujące „Biuletyn”.
- 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.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZESŁAĆ NA ADRES IZBA@WIL.ORG.PL

Dane kontaktowe organizatora (Wielkopolska Izba Lekarska):

W sprawie zapisów:

Wiktoria Walczak

izba@wil.org.pl lub 783 993 901

W sprawie pobytu:

Jan Skrobisz

biuro@wil.org.pl lub 783 993 900