

Uchwała PORL-325/2023
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z dnia 22 kwietnia 2023 r.

w sprawie **organizacji obowiązkowego kursu „Ratownictwo medyczne” dla lekarzy w trakcie specjalizacji.**

Na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. 2021 r. 1342 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 OZL-13/2023/IX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 25 marca 2023 r. w sprawie budżetu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej na rok 2023, 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, w związku z art. 14 hb ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm), uchwała się, co następuje:

§ 1

1. Wyraża się zgodę na organizację akredytowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego bezpłatnego kursu „Ratownictwo medyczne”.
2. Przeznacza się na realizację kursu, o którym mowa w ust. 1 kwotę do 16.000,00 zł brutto (słownie: szesnaście tysięcy złotych 00/100) zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszej uchwały.
3. Zatwierdza się formularz zgłoszeniowy dla uczestników, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Kierownikowi Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES

Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel

c) Komisja Kształcenia

Nazwa wydarzenia	Ratownictwo medyczne
Data wydarzenia	22-26.05.2023
Miejsce	EDU WIL
Szacowana ilość uczestników	30
Oplaty dla uczestników	brak
Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za organizację	Magdalena Walkowiak
Adres poczty elektronicznej osoby odpowiedzialnej za organizację	magdalena.walkowiak@wil.org.pl
Numer telefonu osoby odpowiedzialnej za organizację	510 147 754

Koszty

Wydarzenia	Wyszczególnienie kosztów	Opis danego kosztu	Kwota
Szkolenie	- catering	kanapki	540,00 zł
	- artykuły spożywcze		
	- artykuły cateringowe		
	- artykuły biurowe		117,00 zł
	- zakup/wynajem artykułów technicznych		
	- wynajem sali		
	- obsługa szkolenia		
	- wynagrodzenia wykładowców		14 550 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: 15 207,00 zł

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES

Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel

Przychody

	Wysokość wszystkich wpłat	Nazwa sponsora
Oplaty uczestników	brak	
Wpłata sponsora		
Inne:		

Podsumowanie przychodów 0

**Łączny budżet wydarzenia
Przychody - koszty -15207**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS

Tytuł kursu: **RATOWNICTWO MEDYCZNE**

Numer kursu: **05-712/3-41-038-2023**

Data kursu: **22 - 26.05.2023 r.**

Imię i nazwisko: Nr PWZ:

Nr PESEL: Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy: e-mail:

Aktualne miejsce pracy:

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 **750 ZŁ**

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

Podstawa prawna: § 3 ust. 4 i 6 Regulaminu kursów dla lekarzy i lekarzy dentyków w trakcie specjalizacji organizowanych przez Wielkopolską Izbę Lekarską

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)