

Uchwała PORL-1583/2023
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z dnia 9 września 2023 roku

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) 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 § 4 ust. 2 Uchwały nr 129/2023/IX Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 22 kwietnia 2023 r. w sprawie zasad wydatkowania środków budżetowych Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, w związku z § 2 ust. 4, § 9 ust. 2 i § 12 ust. 3 pkt. 2) Regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wprowadzonego uchwałą nr 14/2012 XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 31 marca 2012 r. ze zmianami, uchwała się, co następuje

§ 1

1. Wyraża się zgodę na organizację akredytowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego bezpłatnego kursu „Ratownictwo medyczne” w terminie 16 - 20 października 2023 r.
2. Przeznacza się na realizację kursu, o którym mowa w ust. 1 niniejszej uchwały kwotę do 19.000,00 zł (słownie: dziewiętnaście 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

Organizator Komisja ds. Kształcenia Medycznego

Nazwa wydarzenia	Ratownictwo medyczne
Data wydarzenia	16-20 października 2023
Miejsce	EDU WIL
Szacowana ilość uczestników	30
Oplaty dla uczestników	0
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	
RATOWNICTWO MEDYCZNE kurs w trakcie specjalizacji 16 - 20 października 2023 r.	- koszty organizacji (zaproszenia, plakaty, wynajem sali, transport, catering, ubezpieczenia, umowy zlecenia/o dzieło, kwiaty, nocleg, itp.)	kanapki	600,00	
		artykuły biurowe	117,00	
		wynagrodzenia wykładowców	11000,00	
		dojazdy, noclegi	3000,00	
		sprzęt	4000,00	
		- pozostałe akcesoria, takie jak: a) b) c)		
		- pozostałe koszty, takie jak: a) b) c)		

Podsumowanie: 18717,00

Przychody

	Wysokość wszystkich wpłat	Nazwa sponsora
Oplaty uczestników	0,00	
Wpłata sponsora	0,00	
Inne:	0,00	

Podsumowanie przychodów 0

**Łączny budżet wydarzenia
Przychody - koszty 18717,00**

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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS

Tytuł kursu: **RATOWNICTWO MEDYCZNE**

Numer kursu: **05-7123-41-039-2023**

Data kursu: **16 - 20.10.2023 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.

.....
(miejsowość, 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)