Uchwała PORL - 1879/2021
Prezydium
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z dnia 30 listopada 2021 r.

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

Na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 02 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. 2019r.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, 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 2020r. poz. 1842), uchwala się, co następuje:

§ 1

1. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wyraża zgodę na organizację akredytowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego bezpłatnego kursu „Ratownictwo medyczne”.
2. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przeznacza na realizację kursu, o którym mowa w § 1 ust. 1 niniejszej uchwały kwotę do 15.000,00 zł (słownie: piętnaście tysięcy 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
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Artur de Rosier

Signed by / Podpisano przez:
Artur Piotr De Rosier
Date / Data: 2021-12-02 13:29

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Maria Marcinkowska
Date / Data: 2021-12-02 13:31

c) Komisja Kształcenia

Nazwa wydarzenia	**Ratownictwo medyczne**
Data wydarzenia	**13-17.12.2021**
Miejsce	**EDU WIL**
Szacowana ilość uczestników	**30**
Opłaty dla uczestników	**brak**
Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za organizację	**Marek Saj**
Adres poczty elektronicznej osoby odopowiedzialnej za organizację	dyrektor@wil.org.pl
Numer telefonu osoby odpowiedzialnej za organizację	**504 241 134**

Koszty

Wydarzenia	Wyszczególnienie kosztów	Opis danego kosztu	Kwota
Szkolenie	- catering	kanapki	619,20 zł
	- artykuły spożywcze		
	- artykuły cateringowe		
	- artykuły biurowe		117,00 zł
	- zakup/wynajem artykułów technicznych		
	- wynajem sali		
	- obługa szkolenia		
	- wynagrodzenia wykładowców		13 824 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:	**14 560,20 zł**

Przychody

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

Podsumowanie przychodów	**0**

Łączny budżet wydarzenia **Przychody - koszty**	**- 14 560,20 zł**

sporządziła: Izabela Waligórska

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

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Artur de Rosier

2. Załącznik do uchwały PORL-1487/2021 Prezydium ORL WIL w sprawie organizacji przez Wielkopolską Izbę Lekarską obowiązkowego kursu specjalizacyjnego "Ratownictwo medyczne"

WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS

Tytuł kursu: **RATOWNICTWO MEDYCZNE**

Numer kursu: **05-712/3-41-064-2021**

Data kursu:**13-17.12.2021r.**

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!!! Nie wzięcie udziału w kursie jest równoważne z rezygnacją z niego i wiąże się z koniecznością pokrycia opłaty, o której mowa w punkcie 2 niniejszego formularza, zgodnie z § 3 ust. 6 Regulaminu kursów dla lekarzy i lekarzy dentystów 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.

……
(miejscowość, data) *(podpis uczestnika)*

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

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Artur de Rosier