****

**VI KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA**

**„Nowoczesna sterylizacja wyrobów medycznych. Profilaktyka zakażeń szpitalnych”**

**GIŻYCKO 20 – 22 luty 2019 r.**

**Centralny Ośrodek Sportu - Ośrodek Przygotowań Olimpijskich w Giżycku**

**ul. Moniuszki 22, 11-500 Giżycko**

**PATRONAT GŁÓWNY**

**Polskie Stowarzyszenie Sterylizacji Medycznej**

**PATRONAT HONOROWY
Burmistrz Miasta Giżycka**

**Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Olsztynie**

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie**

**PATRONAT MEDIALNY**

**"Zakażenia XXI wieku" Pismo Naukowe Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych**

 **KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA**

|  |  |
| --- | --- |
| **KONFERENCJA** **NAUKOWO-SZKOLENIOWA** | ***Nowoczesna sterylizacja wyrobów medycznych.*** ***Profilaktyka zakażeń szpitalnych*** |
| **DATA** | **20-22.02.2019** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DANE UCZESTNIKA:** |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA:** |
| **ULICA, NR:** |  |
| **KOD****MIEJSCOWOŚĆ** |  |
| **TELEFON** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **MIEJSCE PRACY** |  |
|  | **DANE DO FAKTURY***(jeśli inne niż powyżej)***:** |
| **NAZWA:** |  |
|  | **ADRES** |
| **ULICA, NR:** |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ:** |  |
| **KOD POCZTOWY:** |  |
| **NIP:** |  |

Data i podpis: ………………………………………………

**Prosimy o jak najszybsze przesłanie Karty zgłoszenia uczestnictwa, nie później niż do 08.02.2019 mailem na adres:** **konferencjagizycko2019@gmail.com** **oraz dokonanie płatności w ciągu 14 dni od daty przesłania deklaracji zgłoszeniowej, nie później niż 08.02.2019 r.**

**OPŁATY ZA UDZIAŁ W KONFERENCJI:**

(obejmują uczestnictwo BEZ NOCLEGÓW)

* **60,00 zł. brutto – I dzień (20.02.2019) \***
* **120,00 zł. brutto – II i III dzień (21-22.02.2019) \***
* **160,00 zł. brutto – I, II i III dzień (20-22.02.2019) \***
* Proszę zaznaczyć wybrany udział

**Opłata obejmuje:**

* bufet kawowy oraz obiad w pierwszym, drugim i trzecim dniu konferencji
* kolacja drugiego dnia konferencji dla wszystkich uczestników
* materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa

**Opłaty należy przekazywać na konto:
Centrum Szkoleń Ratowniczych DAN-MED ul. Gdańska 22c, 11-500 Giżycko**

**BANK BGŻ BNP Paribas nr: 20 1600 1462 1838 2415 3000 0001
z dopiskiem „Konferencja i nazwiskiem Uczestnika”**

**Ilość miejsc ograniczona !!!**

**Przesyłając Kartę zgłoszenia udziału w Konferencji akceptuję poniższe warunki:**

1. Oświadczam, że:
	1. dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą,
	2. przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku wycofania się z uczestnictwa w Konferencji w terminie po 08.02.2019 r. organizator nie zwraca opłaty.
2. W przypadku odwołania Konferencji przez organizatora przysługuje mi całkowity zwrot wpłaconej opłaty.
3. Upoważniam organizatora do wystawienia faktury VAT (bez mojego podpisu) i otrzymania jej drogą elektroniczną
4. **Zapoznałam/em się z Polityką Prywatności i Ochrony Danych Osobowych na stronie:**[www.dan-med.com.pl](http://www.dan-med.com.pl) **zgodnych z przepisami RODO**

Data i podpis: ……………………………………………………

**W razie pytań prosimy o kontakt:**

**Cezary Piórkowski tel.: 608 429 930 ; e-mail:** **konferencjagizycko2019@gmail.com**