****

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA**

**IX KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA**

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

**GIŻYCKO, 28 – 29 luty 2024 r.**

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

**ul. Moniuszki 22, 11-500 Giżycko**

**1. Dane osoby składającej ZGŁOSZENIE:**

Imię i nazwisko: …………………………….…………………..…………. Telefon: ……………..…..……… Adres e-mail: …………………..…………………………..…….…………

**2. Dane do faktury:**

Nazwa firmy: …………………………………………………………………………………………………………..

Ulica: ………………………………………..……………………………………………………....…..……… Miasto:…………………..…………..…………………… Kod pocztowy: …………..…………………

NIP: …………………………………………….……………..

**RODZAJ FAKTURY:  PAPIEROWA  ELEKTRONICZNA**

**UWAGI:**…………………………………………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI FAKTUR PRZESYŁANYCH DROGĄ ELEKTRONICZNĄ**

1. Na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2004 r. O podatku od towarów i usług (dz. U. Z 2017 poz. 1221, z późn. Zm.) Art. 106n wyrażam zgodę na przesyłanie faktury, duplikatów tych faktur oraz ich korekt, w formie elektronicznej.
2. Zobowiązuję się przyjmować faktury, o których mowa w pkt.1 niniejszego oświadczenia w formie papierowej, w przypadku gdy przeszkody techniczne lub formalne uniemożliwiają przesłanie faktur drogą elektroniczną.
3. **Proszę o przesyłanie faktur drogą mailową na podany poniżej adres e-mail.  
   ADRES E-MAIL**: ….....................................................
4. W razie zmiany adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o nowym adresie.

Zmiana osoby zgłoszonej na Konferencję jest możliwa **bez dodatkowych kosztów do dnia** **07 lutego 2024 r**., po pisemnym zgłoszeniu organizatorom tego faktu na adres [konferencja.danmed@gmal.com](mailto:konferencja.danmed@gmal.com)

…………………………, dnia …………………… …………………………………………….

miejscowość podpis osoby zgłaszającej

**Warunkiem uczestnictwa w Konferencji** jest przesłanie czytelnie wypełnionego **Formularza zgłoszenia** do **07.02.2024 r.** mailem na adres: **konferencja.danmed@gmail.com / zostanie wysłany mail potwierdzający/, oraz dokonania opłaty w nieprzekraczalnym terminie od 29.01.2024 r. do 09.02.2024 r.** Faktura zostanie wysłana drogą elektroniczną.

**Opłatę należy uiścić przelewem 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 tytułem „Konferencja i nazwisko Uczestnika”**

**OPŁATA ZA UDZIAŁ W KONFERENCJI (BEZ NOCLEGÓW):** **369,00 brutto**

**Opłata obejmuje:**

* uczestnictwo w wykładach i warsztatach szkoleniowych
* bufet kawowy oraz obiad w pierwszym i drugim dniu konferencji
* uroczysta kolacja pierwszego dnia konferencji dla wszystkich uczestników
* materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa

**Noclegi:**

**Rezerwacje i opłaty za noclegi uczestnik dokonuje we własnym zakresie w wybranym przez siebie hotelu. Hasło: KONFERENCJA STERYLIZACJA**

**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 07.02.2024 r. organizator nie zwraca opłaty. Informację o rezygnacji należy przesłać drogą mailową na adres:[konferencja.danmed@gmail.com](mailto:konferencja.danmed@gmail.com)
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:**

**Danuta Piórkowska tel.: 602 124 153 ; e-mail:** [**konferencja.danmed@gmail.com**](mailto:konferencja.danmed@gmail.com)

**Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania Konferencji, zmiany jej terminu, miejsca lub poszczególnych punktów programu.**

**Klauzule zgody**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Szkoleń Ratowniczych DAN-MED z siedzibą w Giżycku przy ul. Gdańskiej 22 c, zwaną dalej CSR DAN-MED następujących danych osobowych: imię, nazwisko, nr telefonu i adres e-mail w celu marketingowym (przesyłanie informacji dotyczących usług szkoleniowych, konferencji).

🗌 wyrażam zgodę / 🗌 nie wyrażam zgody

…………………………………………….

podpis

W związku z powyższym oświadczam, że **wyrażam zgodę na przesyłanie ofert handlowych drogą elektroniczną** przez Centrum Szkoleń Ratowniczych DAN-MED z siedzibą w Giżycku przy ul. Gdańskiej 22 c, zgodnie z ustawą z dnia 18.07.2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną

🗌 wyrażam zgodę / 🗌 nie wyrażam zgody

oraz na przedstawianie ofert handlowych **przez telefon** przez Centrum Szkoleń Ratowniczych DAN-MED z siedzibą w Giżycku przy ul. Gdańskiej 22 c zgodnie z ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne

🗌 wyrażam zgodę / 🗌 nie wyrażam zgody

…………………………, dnia …………………… …………………………………………….

miejscowość podpis

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia   
27 kwietnia 2016 r. (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Szkoleń Ratowniczych DAN-MED 11-500 Giżycko, ul. Gdańska 22 c,
2. kontakt z osobą odpowiedzialną za ochronę danych jest możliwy pod adresem e-mail: [csr@dan-med.com.pl](mailto:csr@dan-med.com.pl),
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO i jeśli wyrażą Państwo na to zgodę w celu marketingu produktów i usług CSR DAN-MED - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO,
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane w celu realizacji umowy oraz wypełniania obowiązków dokumentacyjnych przechowywane będą przez okres niezbędny w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń w związku z wykonywaną umową, w przypadku danych przetwarzanych w celach marketingowych – do momentu wycofania zgody,
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane żadnym podmiotom,
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne - prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy [csr@dan-med.com.pl](mailto:csr@dan-med.com.pl),
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących swojej osoby narusza przepisy RODO*,*
8. podanie danych osobowych nie jest warunkiem ustawowym, jednakże warunkiem niezbędnym do zawarcia   
   i realizacji umowy.

Potwierdzam zapoznanie się z powyżej opisanymi informacjami oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z wyżej opisanym zakresie.

.................................., dnia ........................ r. ..............................................

miejscowość czytelny podpis

**Wypełniony formularz proszę przesłać mailem na adres:** [**konferencja.danmed@gmail.com**](mailto:konferencja.danmed@gmail.com)