**FORMULARZ ZGŁOSZENIA – OPIEKUN MEDYCZNY
SZKOLENIA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DANE FORMY DOSKONALENIA:** |
| **SZKOLENIE** |  |
| **TERMIN** |  |
| **MIEJSCE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DANE UCZESTNIKA – WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI** |
| **Imię (Imiona) i****Nazwisko** |  |
| **NPWZ/Identyfikator wpisu z Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| **Adres:****Ulica i nr domu:** |  |
| **Kod pocztowy i miejscowość:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Finansowanie** | Czy szkolenie finansowane jest ze środków publicznych (min. 70%)? □ **Tak** □ **Nie**W razie „Tak”, prosimy o dołączenie oświadczenia o finansowaniu publicznym. |
|  | **DANE DO FAKTURY**  |
|  **Płatnik (faktura)** | □ **Uczestnik indywidualny** □ **Firma / instytucja** |
| **NAZWA:** |  |
| **Adres:****Ulica i nr domu:** |  |
| **Kod pocztowy i****miejscowość:** |  |
| **NIP:** |  |

**Proszę uważnie przeczytać poniższe adnotacje:**

1. Przesyłając ten formularz oświadczam, że:
	1. dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą,
	2. przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w szkoleniu w terminie późniejszym niż **7** dni przed dniem rozpoczęcia organizator nie zwraca wniesionej opłaty.
2. Rezygnacja z uczestnictwa w szkoleniu musi być dokonana w formie pisemnej i przesłana e-mailem najpóźniej na **7** dni przed rozpoczęciem. W przypadku rezygnacji w terminie późniejszym, uczestnik zostanie obciążony kosztem zamówienia.
3. W przypadku odwołania szkolenia przez organizatora przysługuje całkowity zwrot wpłaconej opłaty.
4. Należność za udział w warsztacie/szkoleniu w wysokości 350 zł brutto płatna jednorazowo lub w dwóch ratach po 175 zł. każda. Druga rata musi być opłacona najpóźniej na 5 dni przed rozpoczęciem.
5. Po wpłynięciu opłaty na konto Organizator wystawia i przesyła drogą elektroniczną fakturę.
6. Cena szkolenia 350 zł obejmuje uczestnictwo w wykładach i zajęciach praktycznych oraz egzamin.
7. Uczestnik dokonuje opłaty za warsztat na rachunek bankowy **BNP Paribas Bank Polska S.A. :
Centrum Szkoleń Ratowniczych DAN-MED Danuta Piórkowska, ul. Gdańska 22c 11-500 Giżycko**, nr rachunku bankowego: **20 1600 1462 1838 2415 3000 0001** /w tytule: Nazwisko, szkolenie OM/
8. Zapoznałam/em się i akceptuję warunki zawarte w Regulaminie Świadczenia Usług realizowanych przez Centrum Szkoleń Ratowniczych DAN-MED.

........................................ ……………………………

 Miejscowość, data Podpis uczestnika

**Wypełniony formularz proszę przesłać mailem na adres:** **csr@dan-med.com.pl**

**Klauzule zgody**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

........................................ ……………………………

 Miejscowość, data Podpis uczestnika

**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 Danuta Piórkowska, 11-500 Giżycko, ul. Gdańska 22 c.
2. kontakt z osobą odpowiedzialną za ochronę danych jest pod adresem e-mail:
csr@dan-med.com.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji szkolenia na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i b
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane żadnym podmiotom,
5. 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,
6. 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*,*
7. podanie danych osobowych nie jest warunkiem ustawowym, jednakże warunkiem niezbędnym
do uczestnictwa w warsztacie.