



Stowarzyszenie św. Celestyna

ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA KURSU

NAZWA KURSU: „Zakażenia HIV, choroba AIDS i inne zakażenia”, 1 dzień - 7 godz. (kurs akredytowany przez CMKP – nr 03-002/6-02-028-2019)

TERMIN SZKOLENIA: 14.06.2019 r.

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia (tytuł naukowy):

.....

E-mail:.....

Telefon kontaktowy:.....

Wykształcenie* Miejsce pracy / stanowisko:

.....

Miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego:

.....

Faktura VAT: właściwe zaznacz **TAK** **NIE**

Dane do faktury:

.....
.....

Czy chciałaby Pani/chciałby Pan otrzymywać informacje o organizowanych w przyszłości kursach, szkoleniach, konferencjach? Właściwe zaznacz: **TAK** **NIE**

Uwagi

* Do zgłoszenia prosimy załączyć skan dyplomu potwierdzającego wykształcenie Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym w procesie rekrutacyjnym uczestników w/w. szkolenia organizowanego przez Stowarzyszenie św. Celestyna Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii "Celestyn" Ośrodek Szkolenia Kadr Medycznych (akredytacja na podstawie Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty) - 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 (RODO).

Cena kursu:

Promocyjna cena kursu przy wpłacie do 17.05.2019 r. wynosi:

- dla specjalistów Stowarzyszenia św. Celestyna – 250 PLN
- dla pozostałych osób – 300 PLN

Wpłata po 17.05.2019 r. wynosi:

- dla wszystkich – 350 PLN

Opłatę za kurs prosimy kierować na konto:

Ośrodek Działalności Gospodarczej i Badawczo Rozwojowej przy Stowarzyszeniu św. Celestyna

nr rachunku bankowego: 18 1090 2431 0000 0001 4229 1265 w Banku Santander O/Strzelin

Tytułem: (imię nazwisko), opłata za kurs 14.06.2019

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem kursów/szkoleń organizowanych przez Stowarzyszenie św. Celestyna Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii "Celestyn" Ośrodek Szkolenia Kadr Medycznych. Regulamin dostępny na stronie www.celestyn.pl

Data i czytelny podpis

Podanie w/w. danych jest dobrowolne, ale konieczne w celu wzięcia udziału w rekrutacji. Podmiotowi danych osobowych przysługuje prawo dostępu do ich treści, ich sprostowania, usunięcia oraz prawo cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, które miało miejsce przed cofnięciem zgody.

Zgłoszenie prosimy przestać na adres: sekretariat@celestyn.pl