



Stowarzyszenie św. Celestyna

ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA KURSU

NAZWA KURSU: „Podstawy farmakoterapii dla potrzeb fizjoterapii”, 5 dni - 35 godz. (kurs akredytowany przez CMKP – nr 03-002/14-02-027-2019)

TERMIN SZKOLENIA: 26-30.04.2019 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).

Promocyjna cena kursu przy wpłacie do 05.04.2019 r. wynosi:

- dla specjalizantów Stowarzyszenia św. Celestyna – 650 PLN
- dla pozostałych osób – 750 PLN

Wpłata po 31.08.2019 r. wynosi:

- dla wszystkich – 850 PLN

Opłatę za kurs prosimy kierować na konto:

Stowarzyszenie św. Celestyna, Mikoszków 27, 57-100 Strzelin

BZ WBK I O/Wrocław, SWIFT: WBKPPLPP

Konto numer: 07 1090 2398 0000 0006 0801 7184

Tytułem: (imię nazwisko), opłata za kurs 26-30.04.2019

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 przesłać na adres: sekretariat@celestyn.pl