

Formularz zgłoszeniowy na szkolenie Dane dotyczące szkolenia

Szkolenie I

Temat szkolenia	Ortodoncja dla logopedów. Diagnoza i terapia funkcji kompleksu ustno-twarzowego w ujęciu ortodontyczno-neurologopedycznym
Proszę o wybranie miejsca i terminu szkolenia	<input type="checkbox"/> 29.02.2020 r. - Katowice <input type="checkbox"/> 14.03.2020 r. – Poznań <input type="checkbox"/> 11.04.2020 r. - Olsztyn <input type="checkbox"/> 19.04.2020 r. - Warszawa <input type="checkbox"/> 25.04.2020 r. – Wrocław <input type="checkbox"/> 06.06.2020 r. – Rzeszów
Cena	370zł (wpisowe 200 zł + 170 zł płatne 4 tygodnie przed rozpoczęciem szkolenia)

Dane osobowe

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres zameldowania	
Kod pocztowy i miasto	
Województwo	
Wykształcenie (kierunek)	
Wykonywany zawód	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Dane do faktury

Nazwisko lub nazwa firmy	
Adres	
Kod pocztowy i miasto	
NIP	

Uczestnik otrzymuje fakturę w dniu szkolenia.

Opłata szkoleniowa

Nr konta bankowego PLN	59 1050 1937 1000 0092 5693 0679
Dane odbiorcy	Gabinet Neurologopedyczny Terapeuta doMowy Aleksandra Listwoń, Stara Wieś 22, 97-340 Rozprza
Tytuł	Opłata szkoleniowa, data i miejsce szkolenia, nazwisko i imię uczestnika

Wpłaty z tytułu szkolenia należy dokonać:

- do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – wpisowe
- do 4 tygodni przed rozpoczęciem szkolenia – resztę opłaty szkoleniowej

Uwaga! Wypełniony formularz zgłoszeniowy należy wysłać na adres mailowy: terapeutadomowy@gmail.com

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z **REGULAMINEM SZKOLEŃ** i go akceptuję.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gabinet Neurologopedyczny Terapeuta doMowy Aleksandra Listwoń w zakresie podanym w niniejszym formularzu w celu realizacji umowy
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przesyłanie przez Gabinet Neurologopedyczny Terapeuta doMowy Aleksandra Listwoń w formie elektronicznej na podany przeze mnie w zamówieniu adres e-mail informacji handlowych w celu informowania o kolejnych szkoleniach, usługach oferowanych przez Gabinet Neurologopedyczny Terapeuta doMowy Aleksandra Listwoń oraz jej bieżącej działalności.
- Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego zgodnie z treścią art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku Prawo telekomunikacyjne.

Przyjmuję do wiadomości, że administratorem danych osobowych jest Gabinet Neurologopedyczny Terapeuta doMowy Aleksandra Listwoń, Stara Wieś 22, 97-340 Rozprza, NIP 7722639541 Podstawą prawną przetwarzania dla celu wzięcia udziału w szkoleniu jest umowa lub działanie na żądanie osoby przed zawarciem umowy. W przypadku celu marketingowego, podstawą prawną jest Pani/Pana wyraźna oraz dobrowolna zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych. W tym przypadku przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Dane osobowe będą przechowywane:

- Dla celu wzięcia udziału w szkoleniu: przez czas obowiązywania umowy, a także po jej zakończeniu w celu dochodzenia roszczeń w związku z wykonywaniem umowy, wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym w szczególności podatkowych i rachunkowych oraz statystycznych i archiwizacyjnych.*
- Dla celu marketingowego: od momentu zebrania zgody na przetwarzanie danych osobowych, aż do czasu jej odwołania.*

Przysługuje Panu/Pani prawo żądania dostępu do Pani/Pana danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia i ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego dla ochrony danych osobowych. Podanie danych w celu wzięcia udziału w szkoleniu jest obowiązkowe, zaś ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wzięcia udziału w szkoleniu. Podanie danych dla celów marketingowych jest dobrowolne, zaś ich niepodanie nie będzie miało jakichkolwiek negatywnych skutków. W celu realizacji tego prawa należy wysłać żądanie na adres: terapeutadomowy@gmail.com

.....
podpis Uczestnika