

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

Niniejszym zgłaszam udział w szkoleniu pt. „Ryczałtowany” budżet mojego szpitala,
Jak to zrobić i po co? ,

które odbędzie się w dniu 23- 24.10.2018r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5
 im. Św. Barbary w Sosnowcu , Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec

1. ……………………………………………………….…………………………………......……....

2....………………………………………….........…..…………………………………..…

3……………………………………………………………………………………………….

Dane do faktury:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nabywca:****Nazwa:****Adres:****NIP:** | **Odbiorca:****Nazwa:****Adres:****Tel i fax:****E-mail:** |

**Koszt szkolenia 1 os. wynosi** ………………. zł netto. + 23% VAT

 ......………………………………….

 Podpis osoby upoważnionej do

 zaciągania zobowiązań wobec

 Jednostki

**Warunki uczestnictwa w szkoleniu:**

**1.** O przyjęciu na szkolenie decyduje kolejność zgłoszeń.

**2.** Zgłoszenie powinno być podbite i podpisane przez upoważnioną do tego osobę oraz przesłane mailem.

**3.** Opłata za udział w szkoleniu obejmuje koszt: autorskich materiałów szkoleniowych, imienny certyfikat

uczestnictwa w szkoleniu, catering – przerwa kawowa.

**4.** Wynagrodzenie za szkolenie płatne będzie po przeprowadzeniu szkolenia, w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury.

**5.** W przypadku nieprzybycia na szkolenie bez uprzedniego odwołania udziału na **1 dzień roboczy** przed szkoleniem do godz. 10 (wymagana forma pisemna – mail bądź faks) SGA M. Wesołowski i ska Sp. k. obciąży zgłaszającego kwotą uczestnictwa w szkoleniu.

**6.** SGA M. Wesołowski i ska Sp. k.zastrzega sobie możliwość odwołania lub zmiany terminu i miejsca oraz godziny rozpoczęcia szkolenia z powodów od niego niezależnych.

**7.** Wyrażamy zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z Ustawą o świadczeniu usług drogą

elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 roku - Dz. U Nr 144, poz.1204.

**8.** Podpisane zgłoszenie jest równoznaczne z akceptacją powyższych warunków i jest jednoznaczne z zawarciem

umowy oraz upoważnia SGA M. Wesołowski i ska Sp. k. do wystawienia faktury bez składania podpisu przez Zgłaszającego.

**9.** Oświadczam że tematyka szkolenia pozostaje w bezpośrednim związku z branżą lub zawodem jaki wykonuje

uczestnik szkolenia. W związku z powyższym stanowi usługę kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania.

**10.** Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących inicjowanych przez SGA M. Wesołowski i ska Sp. k. w Lublinie w celach handlowych i marketingowych zgodnie z art. 172 ustawy prawo telekomunikacyjne.

**11.** Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez SGA M. Wesołowski i ska Sp. k. w celach realizacji usługi/ marketingowych\* zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych **(Dz. U.2016 poz. 922)**. Potwierdzam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu i kontroli przetwarzanych danych osobowych, prawie do ich poprawiania a także złożenia żądania zaprzestania przetwarzania danych. z możliwością wglądu do swoich danych oraz prawem do ich aktualizowania (\* dobrowolne -w braku zgody skreślić). Administratorem danych osobowych jest SGA M. Wesołowski i ska Sp. k., ul. Lędzian 86, 20-828 Lublin.

Data, pieczątka i Podpis os. odpowiedzialnej za zgłoszenie ………………………………………………………………………………