FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY * DO UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

DLA LEKARZY RADIOLOGÓW REALIZUJĄCYCH

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Formularz proszę wypełnić i wysłać pocztą e-mail na adres: konferencje@coi.pl

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok):

Adres miejsca zamieszkania:

Kod

Miejscowość

Ulica, numer domu, numer mieszkania

Województwo

Nazwa i adres miejsca pracy:

Stanowisko:

Kontakt telefoniczny:

E-mail:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich powyżej podanych danych osobowych dla potrzeb przeprowadzenia szkolenia dla lekarzy radiologów na podstawie 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) (Dz.Urz.UE.L nr 119, str. 1)*

Administratorem danych osobowych jest organizator szkolenia

.....

podpis i data