



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

TEMAT SZKOLENIA:

TERMIN I MIEJSCE SZKOLENIA:

DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA	
1.Imię/imiona	
2.Nazwisko	
3.Adres zamieszkania	
4. PESEL	
5. Stanowisko/wykonywany zawód	
6. Numer wykonywanego zawodu	
DANE KONTAKTOWE	
Oświadczam że zamieszkuję województwo mazowieckie	
5.Telefon kontaktowy	6.Adres e-mail
OŚWIADCZENIA	
<p>1)Zgłaszam chęć udziału w szkoleniu organizowanym w ramach projektu „W Centrum harmonii ze światem”. Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi z chorobą psychiczną jako alternatywna forma opieki nad osobami niesamodzielnymi w tym starszymi z terenu woj. mazowieckiego”.</p> <p>..... Podpis zgłaszającego</p>	
<p>2)Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu zgłoszeniowym przez Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. w celu niezbędnym do organizacji i przeprowadzenia szkolenia.</p> <p>..... Podpis osoby wyrażającej zgodę</p>	
<p>3)Jednocześnie zgodnie z rozporządzeniem 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 (dalej: "RODO") informujemy, że Administratorem Danych Osobowych (dalej: "Administrator") odpowiedzialnym za przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych ze zgłoszenia udziału w szkoleniu oraz danych wizerunkowych utrwalonych w czasie szkolenia będzie Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Siedlcach, przy ul. Niklowej 9, 08-110 Siedlce (adres korespondencyjny: Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. 08-110 Siedlce, ul. Terespolska 12, adres mailowy: biuro@centrum.med.pl). Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych (adres mailowy:iod@centrum.med.pl)</p>	