



Załącznik nr 5 Formularz zgłoszeniowy na szkolenie

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 | |
| 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>2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu zgłoszeniowym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. w celu niezbędnym do organizacji i przeprowadzenia szkolenia.</p> <p style="text-align: center;">..... Podpis zgłaszającego</p> <p style="text-align: center;">..... 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 Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Siedlcach, przy ul. Nikłowej 9, 08-110 Siedlce (adres korespondencyjny: Centrum Medyczno-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> | |