|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** |
| OSOBA APLIKUJĄCA |
| **Imię:** |  | **Nazwisko:** |  |
| **Stanowisko służbowe:** |  |
| DANE DO KONTAKTU: |
| **Telefon:** |  | **E-mail:** |  |
| DANE JEDNOSTKI: |
| **Nazwa:** |  |
| **Adres:** |  |
| **NIP:** |  |
| ZAKWATEROWANIE: |
| **pokój jednoosobowy\*** |   |
| **pokój dwuosobowy\*** |  |

|  |
| --- |
| **Nr konta** BNP PARIBAS 67 1600 1462 1027 6972 8000 0008Termin nadsyłania zgłoszeń i dokonania wpłaty: **26. 04. 2024** W tytule przelewu: **XLII Konferencja ZPRM SP ZOZ**Opłata za uczestnictwo wynosi: **1700 netto + 23% VAT = 2091 brutto**  |

[ ]  Wyrażam zgodę̨ na przetwarzanie moich danych osobowych umożliwiających kontakt przez Podkarpacką Stację Pogotowia Ratunkowego w Mielcu zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 w celach kontaktowych w związku z organizacją i realizacją XLII Konferencji ZPRM.

………….………………………………..

Data, podpis

Klauzula informacyjna dla uczestników Konferencji Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:*

1. Administratorem danych jest Podkarpacka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Mielcu, ul. Żeromskiego 22, 29-300 Mielec
2. Kontakt do Inspektora Danych Osobowych e-mail: pspr@pogotowie-mielec.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w związku z udziałem w Konferencji Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ.
4. Pozyskiwanie danych wynika z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora tj. art. 6 pkt. 1 ust. a-b, f 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 w spawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
5. Dane mogą być przekazywane następującym odbiorcom: podmiotom świadczącym usługi na zlecenie Organizatora, hotelom, instytucjom i firmom, z których usług uczestnicy konferencji będą korzystać, a także organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
6. Po upływie wymaganego przepisami prawa okresu, uzyskane dane osobowe uczestników podlegają zniszczeniu.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do własnych danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu do przetwarzania danych.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO.
9. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w Konferencji Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ.
10. Dane wprowadzone do systemu informatycznego nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą poddawane profilowaniu.
11. Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

Akceptujemy warunki uczestnictwa.

W związku z przepisami RODO jeden Formularz zgłoszeniowy przeznaczony jest dla jednego uczestnika.

……………………………………

Akceptacja Dyrektora

\*właściwe zaznaczyć