 Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy że:

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Położnych w Poznaniu , z siedzibą przy ul. Jackowskiego 41, 60-512 Poznań, tel.: (61) 854-72-27  
2. Podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne w celu uczestnictwa w szkoleniu/konferencji, Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu niezbędnym do zakwalifikowania się na szkolenie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO  
3. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa  
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres stosowny do obowiązujących przepisów prawnych.  
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem  
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO"

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI ( CZYTELNIE)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | |
| Imię |  | |
| Nr prawa wykonywania zawodu |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| Adres e-mail |  | |
| Wersja zgłoszenia \* |  | |
|  | Faktura indywidualna | |
| Nazwisko imię |  | |
| Adres: kod pocztowy, miasto, ulica nr domu |  | |
|  | Faktura dla firm | |
| Nazwa firmy |  | |
| Adres firmy |  | |
| NIP firmy |  | |
| UDZIAŁ W WARSZTATACH ( skreśl niewłaściwe- **pozostaw właściwe**) | | |
| Johnson and Johnson | TAK | NIE |
| Wiedzy położniczej, ginekologicznej i neonatologicznej | TAK | NIE |
| Prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej położnej POZ | TAK | NIE |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez , Polskie Towarzystwo Położnych w Poznaniu , z siedzibą przy ul. Jackowskiego 41, 60-512 Poznań, danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym

\*proszę wpisać wersję na podstawie warunków zgłoszenia: PIERWSZA, DRUGA, TRZECIA, CZWARTA , PIĄTA LUB SZÓSTA

………………………………………… ……………………………………………….

Miejscowość , data Podpis