|  |
| --- |
| **Centrum Szkoleniowe**  **“SURDOMEDICA”** |

**P-pzg.pl**

**Formularz zgłoszeniowy na szkolenie**

Wypełnij formularz zgłoszeniowy i prześlij na adres: surdomedica@osrodek-pzg.com.pl

|  |  |
| --- | --- |
| Temat szkolenia | **„Dziecko zagrożone wystąpieniem trudności szkolnych- próby przesiewowe dla dzieci rozpoczynających naukę w szkole”** |
| Data szkolenia/ godzina szkolenia | 23 kwietnia 2022r. / 9:00 – 14:45 |
| Miejsce szkolenia: | Specjalistyczny Ośrodek Diagnozy i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu  Polski Związek Głuchych Dolnośląskie Centrum Medyczne sp. z o.o.  Ul. Braniborska 2/10, 53-680 Wrocław |
| Cena szkolenia: | 299,00 zł |

***Dane zgłoszeniowe:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię, nazwisko |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| Adres e-mail |  | |
| Dane do faktury | Nabywca: | Adres:  NIP: |
| Odbiorca: | Adres:  NIP: |

***Sposób płatności:***

Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest przesłanie do organizatora zgłoszenia oraz dokonanie w terminie określonym w informacjach o szkoleniu wpłaty przelewem na konto:

Nr: 95109023980000000148931575

*Zgodnie z art. 13 DYREKTYWY PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO i RADY (UE) 2016/680   
z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez właściwe organy do celów zapobiegania przestępczości, prowadzenia postępowań przygotowawczych, wykrywania i ścigania czynów zabronionych i wykonywania kar, w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylająca decyzję ramową Rady 2008/977/WSiSW*

*(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje się, iż:*

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Polski Związek Głuchych Dolnośląskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Braniborskiej 2/10
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę kontaktować się przez e-mail: osrodek@osrodek-pzg.pl
3. Dane będą przetwarzane przez Polski Związek Głuchych Dolnośląskie Centrum Medyczne sp. z o.o. w celu realizacji procedury rekrutacyjnej oraz umów zawartych przez Centrum Szkoleniowe „SURDOMEDICA“ na potrzeby realizacji szkolenia;
4. Podstawą prawną do przetwarzania danych jest odpowiednio zgoda;
5. Dane mogą być udostępniane osobom trzecim na podstawie umowy - powierzenia przetwarzania danych osobowych w celu prawidłowej realizacji usług określonych w umowie powierzenia tylko i wyłącznie na potrzeby realizacji szkolenia „Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego - Auditory Processing Disorder – APD”.
6. Dane będą przechowywane przez Polski Związek Głuchych Dolnośląskie Centrum Medyczne sp. z o.o.do czasu zakończenia umowy, do czasu wygaśnięcia zobowiązań wynikających z treści zawartej umowy oraz umów na potrzeby, których wykonywane są zadania. Przewidywany okres przechowywania danych to 10 lat od czasu zakończenia współpracy,
7. Ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Ma Pan/i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania,   
   a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa do cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
9. Ma Pan/i także prawo do przenoszenia danych.
10. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych, którym jest Polski Związek Głuchych Dolnośląskie Centrum Medyczne sp. z o.o.z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Braniborskiej 2/10
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu  
    i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym przez Polski Związek Głuchych Dolnośląskie Centrum Medyczne sp. z o.o.“ w celu niezbędnym do zorganizowania i przeprowadzenia szkolenia.

**⎕ Zgadzam się (brak zgody uniemożliwia wzięcie udziału w szkoleniu)**

**⎕ Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem szkoleń i akceptuję jego treść.**

**⎕ *Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez*** *Polski Związek Głuchych Dolnośląskie Centrum**Medyczne sp. z o.o.* ***moich danych osobowych w postaci adresu poczty elektronicznej w celu przesyłania mi informacji marketingowych dotyczących produktów i usług oferowanych przez Centrum Szkoleniowe „SURDOMEDICA“ za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.***

…………….....…….. ………................……........................

data podpis uczestnika