

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane podmiotu zgłaszającego** |  |  |
| **Termin** (proszę wpisać ‘x’ w wybrane pole) | 30.03.2023 Online [ ] 27.04.2023 Toruń [ ] |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| **Dziedzina medycyny** |  |
| **Przedział zatrudnienia**(proszę wpisać ‘x’ w wybrane pole) | 1-5 [ ] 6-20 [ ] 21-50 [ ] 51-200 [ ] powyżej 200 [ ] |
| **Adres (kod pocztowy, ulica, miasto, powiat)** |  |
| **Telefon kontaktowy**  |  |
| **Numer NIP** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Zgoda na udostępnianie danych\***(proszę wpisać ‘x’ w wybrane pole) | TAK [ ] NIE [ ] |
| **Dane uczestników** |  |  |
|  | **Nazwisko i Imię** | **Funkcja** | **Numer kontaktowy** | **Czy jest P. lekarzem?** | **Pakiet** (proszę wpisać nazwę wybranego pakietu) | **Certyfikat\*\***(proszę wpisać ‘x’ w wybrane pole) |
| **Tak** | **Nie** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |

Wypełniony formularz prosimy skierować na mail: biuro@mcbkonferencje.pl

**\*** Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Mazowieckie Centrum Biznesowe Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Modlińska 6/202 moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, organizatorom oraz partnerom konferencji w celu otrzymywania od tych podmiotów drogą elektroniczną informacji handlowych w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2019 r.poz. 123, 730).
Przesyłając formularz zgłoszeniowy, oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią "[Regulaminu uczestnictwa w szkoleniu](http://mcbkonferencje.pl/files/Regulamin.pdf)" dostępnym na stronie [www.mcbkonferencje.pl/konferencje](http://www.mcbkonferencje.pl/konferencje) i akceptuję zawarte w nim warunki, a także zapoznałem/am się z [klauzulą informacyjną RODO](http://mcbkonferencje.pl/files/RODO.pdf)
**\*\*** W pakiecie podstawowym (wydarzenia stacjonarne) opłata za certyfikat wynosi 50zł brutto. W przypadku pakietów zawierających certyfikat, dodatkowa opłata nie jest naliczana.