

Formularz zgłoszenia na szkolenie:

DIAGNOZOWANIE WIDZENIA OBUOCZNEGO – POZIOM PODSTAWOWY

(wypełniony formularz i skan dyplomu/legitymacji proszę przesłać na adres: marta.uzdrowska@optoklinika.pl)

DANE UCZESTNIKA:

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Miejsce zamieszkania (miejscowość):
4. Adres e-mail:
5. Telefon:
6. Wykształcenie z zakresu optometrii/ortoptyki:
 - nazwa uczelni:
 - rodzaj studiów/szkoły:
 - rok ukończenia lub planowany rok ukończenia:

ROZLICZENIE PŁATNOŚCI:

W celu rozliczenia płatności za udział w szkoleniu poproszę o: fakturę VAT paragon

Dane do faktury:

.....
.....
.....
.....

ZGODY UCZESTNIKA:

1. Wyrażam chęć uczestnictwa w szkoleniu DIAGNOZOWANIE WIDZENIA OBUOCZNEGO – POZIOM PODSTAWOWY organizowanym przez OPTOKLINIKĘ w terminie 18-20.05.2026 r.
2. Po ukończeniu szkolenia wyrażam chęć:
 - a. otrzymania certyfikatu ukończenia szkolenia TAK NIE
 - b. dołączenia do zamkniętej grupy specjalistów online TAK NIE
 - c. uczestniczenia w badaniach widzenia obuocznego w OPTOKLINICE w charakterze obserwatora
 TAK NIE
 - d. otrzymywania mailowo i/lub telefonicznie informacji o szkoleniach realizowanych przez OPTOKLINIKĘ w przyszłości TAK NIE

5. Państwa dane osobowe wskazane w pkt 3 a) powyżej będą przechowywane przez okres w którym administrator będzie prowadził działalność statutową, przez okres niezbędny do przeprowadzenia i rozliczenia szkolenia, bądź do czasu wycofania przez Państwa zgody na przetwarzanie w tym celu, a dane osobowe wskazane w pkt 3 b) powyżej przez okres przesyłania przez administratora informacji handlowych lub marketingowych, bądź do czasu wycofania przez Państwa zgody na przetwarzanie w tym celu.
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą osoby upoważnione przez administratora oraz podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu administratora.
7. Przysługuje Państwu prawo żądania od administratora dostępu do Państwa danych osobowych w celu ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia danych.
8. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody w każdym czasie poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres mailowy: marta.uzdrowska@optoklinika.pl
9. Na działania Administratora przysługuje Państwu skarga do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Podanie przez Państwa danych osobowych, o których mowa w pkt 3 a) powyżej jest niezbędne w celu przeprowadzenia szkolenia.
11. Podanie przez Państwa danych osobowych, o których mowa w pkt 3 b) powyżej jest dobrowolne i nie jest wymogiem ustawowym lub umownym lub warunkiem zawarcia umowy.
12. W stosunku do Państwa nie będą podejmowane czynności polegające na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia oraz udziału w szkoleniach (w tym m. in. zakresie ewidencji obecności, wydania certyfikatu ukończenia szkolenia) organizowanych przez OPTOKLINIKA Marta Uzdrowska z siedzibą ul. Gdańska 91/93, 90-613 Łódź, NIP 7322032819.

Data

Podpis.....