

Formularz zgłoszenia na szkolenie: PLANOWANIE TERAPII WIDZENIA

(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 PLANOWANIE TERAPII WIDZENIA organizowanym przez OPTOKLINIKĘ w terminie 22-23.05.2025 r.
2. Po ukończeniu szkolenia wyrażam chęć:
 - a. otrzymania certyfikatu ukończenia szkolenia TAK NIE
 - b. dołączenia do zamkniętej grupy specjalistów online TAK NIE
 - c. nawiązania współpracy zawodowej z OPTOKLINIKĄ (zatrudnienie na etat lub na godziny)
 TAK NIE
 - d. otrzymywania mailowo i/lub telefonicznie informacji o szkoleniach realizowanych przez OPTOKLINIKĘ w przyszłości TAK NIE

W związku z powyższym (pkt.9 a-f):

1. wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowej zgodnie z art. 10 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną. TAK NIE
2. wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego zgodnie z art. 172 ustawy prawo telekomunikacyjne. TAK NIE
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (RODO). TAK NIE

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Uczestnika

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH w zakresie sprzedaży szkoleń i udziału w szkoleniach

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO - (Dz. Urz. UE L119/1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest OPTOKLINIKA Marta Uzdrowska z siedzibą przy ul. Gdańskiej 91/93, 90-613 Łódź, NIP 7322032819, REGON 101742143, kontakt mailowy pod adresem: marta.uzdrowska@optoklinika.pl
2. Administrator nie wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z RODO w celu:
 - a. przeprowadzenia oraz udziału w szkoleniach (w tym m. in. zakresie ewidencji obecności, certyfikatu ukończenia szkolenia) organizowanych przez administratora, w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a) RODO,
 - b. przesyłania Państwu informacji handlowych i marketingowych, w szczególności w celu kontaktu drogą mailową, informowania o usługach, produktach i wydarzeniach z udziałem administratora i jego personelu w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a) RODO.
4. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

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.....