

## Formularz zgłoszenia na szkolenie: PLANOWANIE TERAPII WIDZENIA

(wypełniony formularz i skan dyplomu/legitymacji proszę przesłać na adres: [marta.uzdrowska@optoklinika.pl](mailto: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 20-21.09.2024 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



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](mailto: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.....