

## Formularz zgłoszeniowy na szkolenia w „INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski”

Uprzejmie prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i przesłanie go na adres:  
[szkoleniadentalway@gmail.com](mailto:szkoleniadentalway@gmail.com)

NAZWA I DATA SZKOLENIA	
Imię i nazwisko uczestnika szkolenia	
NIP firmy	
Telefon kontaktowy	
Mail	
Nazwa Operatora wsparcia / dofinansowania	
Wysokość wsparcia / dofinansowania w procentach %	

Skąd mam informacje o szkoleniu. Proszę podkreślić / zakreślić / zaznaczyć:

- prasa
- facebook
- e-mail
- oferta przesłana do firmy
- strona www
- inne źródło .....

Wyrażam zgodę na wystawianie i przesyłanie faktury w formie elektronicznej :

TAK

### Warunki uczestnictwa w szkoleniach INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski

- Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest opłacenie szkolenia na podstawie wystawionej faktury proforma przed szkoleniem
- Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić i wysłać na adres: [szkoleniadentalway@gmail.com](mailto:szkoleniadentalway@gmail.com)
- Płatności za udział w szkoleniu należy dokonać w ciągu 5 dni roboczych po ukończonym szkoleniu na podstawie faktury (dot. szkoleń z dofinansowaniem KFS, BUR);

### Warunki rezygnacji:

- Bezkosztowa anulacja udziału w szkoleniu możliwa jest po otrzymaniu pisemnej rezygnacji na minimum 21 dni przed rozpoczęciem kursu. W przypadku niedochowania terminu, uczestnik ponosi koszt 50 % ceny szkolenia.
- Nieobecność na szkoleniu nie zwalnia z dokonania opłaty i nie stanowi podstawy do zwrotu należności. W Możliwe jest zastępstwo zgłoszonego uczestnika za zgodą INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski.
- INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski zastrzega sobie prawo do odwołania lub zmiany terminu szkolenia.

Wyrażam zgodę wobec INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski z siedzibą ul. Przechodnia 10, 07-440 Goworowo, NIP 7582220417 na:

### Zgoda na przetwarzanie danych:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, przez INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski, ul. Przechodnia 10 07-440 Goworowo w celu i zakresie niezbędnym do wykonywania realizacji i obsługi usług szkoleniowych

Zostałem/am poinformowany/a o tym, że w każdej chwili mam możliwość wycofania wyrażonej zgody, a wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

### Zgoda marketingowa:

Oświadczam również, że wyrażam zgodę na przesyłanie mi za pomocą usług pocztowych i środków komunikacji elektronicznej informacji dotyczących oferowanych produktów i usług, w tym również na otrzymywanie informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. Nr 144 poz. 1204 z późn. zm.) do momentu wygaśnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, t.j. do dnia 31-12-2099

#### **Klauzula Informacyjna**

Zostałem również poinformowany, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych), że:

1. Administratorem danych osobowych jest INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski, ul. Przechodnia 10 07-440 Goworowo
2. Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu zrealizowania świadczenia na podstawie art. 6 ust 1 pkt a oraz b;
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych Osobowych
4. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
5. Moje dane osobowe będą przechowywane do końca 2022 roku;
6. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem zgłoszenia mnie jako osobę uprawnioną do uczestnictwa w usługach.

.....  
**Miejscowość, Data**

.....  
**Podpis, pieczęćka**