

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE

Uprzejmie prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i przesłanie go na adres:

Odesłanie na adres: szkolenia@dentalway.pl

NAZWA SZKOLENIA	
DATA	
Nazwa firmy	
Imię i nazwisko uczestnika	
NIP firmy	
Telefon kontaktowy	
Mail	
Nazwa operatora wsparcia / dofinansowania	
Wysokość wsparcia / dofinansowania w %	

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

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



DENTALWAY

Przekuwamy potrzeby
w skutecznie rozwiązania

Wyrażam zgodę na wystawianie i przesyłanie faktury w formie elektronicznej :

TAK
 NIE

Warunki uczestnictwa w szkoleniach:

Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest opłacenie szkolenia na podstawie wystawionej faktury proforma przed szkoleniem

Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić i wysłać na adres: szkolenia@dentalway.pl

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.
- Możliwe jest zastępstwo zgłoszonego uczestnika za zgodą INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski.
- INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski zastrzega sobie prawo do odwołania lub zmiany terminu szkolenia.

.....
(podpis uczestnika)

**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.

.....
(podpis uczestnika)



DENTALWAY

Przekuwamy potrzeby
w skutecznie rozwiązania

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:

Administratorem danych osobowych jest INSTYTUT DENTALWAY Kamil Kuczewski, ul. Przechodnia 10 07440 Goworowo

Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu zrealizowania świadczenia na podstawie art. 6 ust 1 pkt a oraz b;

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych Osobowych

Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;

Moje dane osobowe będą przechowywane do końca 2022 roku;

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;

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.;

Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem zgłoszenia mnie jako osobę uprawnioną do uczestnictwa w usługach.

.....
Miejscowość, Data

.....
Podpis, pieczęćka

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

.....
(podpis uczestnika)