

Moduł III Diagnostyka obrazowa
Kurs specjalizacyjny Diagnostyka obrazowa: diagnostyka rentgenowska.

Kielce, Świętokrzyskie Centrum Onkologii
18-21.09.2023

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DANE UCZESTNIKA KURSU:	
IMIE I NAZWISKO:	
PROGRAM SPECJALIZACJI: 2018	
MIEJSCE PRACY:	
ADRES DO KORESPONDENCJI:	
KONTAKT:	
TELEFON:	E-MAIL:
DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY:	
NAZWA PLACÓWKI/IMIE I NAZWISKO:	
ADRES	
ULICA:	
MIEJSCOWOŚĆ:	
KOD POCZTOWY:	
NIP:	
UWAGA! W przypadku finansowania kursu ze środków publicznych cena kursu wynosi 550 zł i nie obejmuje VAT. <u>Tu wymagane jest wypełnienie załączonego oświadczenia.</u> W przypadku osób fizycznych do powyższej kwoty należy doliczyć VAT tj. 676,50 zł brutto	

.....
(pieczęćka jednostki)

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że nabyta w terminie od :

■ **18 - 21 września 2023r. (4 dni)**

usługa szkoleniowa – szkolenie nt. **Kurs specjalizacyjny Diagnostyka obrazowa: diagnostyka rentgenowska.**

mająca charakter usługi kształcenia zawodowego / przekwalifikowania zawodowego jest finansowana ze środków publicznych:

- w całości, zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit C ustawy z dnia 11.03.2004 o podatku od towarów i usług (Dz. U. Nr 54 poz. 535 ze zm.)*
- w co najmniej 70% zgodnie z § 3 ust.1 pkt.14 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 6.05.2015r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień (Dz. U. z 2015r., poz. 736)*

(* formę finansowania proszę zaznaczyć w odpowiednim kwadracie)

.....
(podpis i pieczęćka osoby
upoważnionej)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) zwanej RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w **formularzu zgłoszeniowym** w celu realizacji praw i obowiązków spoczywających na Administratorze danych tj. na Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, a w szczególności w **celu przeprowadzenia kursu specjalizacyjnego Diagnostyka obrazowa: diagnostyka rentgenowska.**

Oświadczam również, że mam świadomość, iż podanie w/w danych osobowych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w każdym czasie, jednak brak ich podania lub brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie lub cofnięcie zgody skutkują brakiem możliwości realizacji umowy.

.....

Podpis osoby wyrażającej zgodę

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH UCZESTNIKÓW SZKOLENIA, KONFERENCJI

Na podstawie art. 13 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), zwanego dalej RODO, informuje, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest: Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, ul. S. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce, Regon: 0012632332.

2. Inspektorem Ochrony Danych jest: Mariusz Wiatr, tel.: 41 3674094, e-mail: iod@onkol.kielce.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu organizacji i przeprowadzenia szkolenia/konferencji.

4. Podstawy prawne przetwarzania; umowy, porozumienia oraz zgody (art. 6 ust. 1 lit a. RODO) – wyłącznie w celu wskazanym w treści udzielonej zgody.

5. Dane mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

6. Dane będą przechowywane przez okres określony w szczególnych przepisach prawa/przez okres niezbędny do realizacji umów/w celach na które osoba, której dane dotyczą, wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Dane są przechowywane do momentu wycofania zgody. Zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania przed jego wycofaniem. Wycofanie zgody następuje na wniosek zainteresowanego. Szczegółowe zasady przechowywania danych określono w Jednolitym Wykazie Akt Rzeczowych w ŚCO.

7. Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, prawo wniesienia sprzeciwu, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody prawo do jej cofnięcia w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Posiada Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie narusza przepisy RODO.

8. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

9. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolny, jednak niezbędny do organizacji i przeprowadzenia szkolenia/konferencji. Ich niepodanie może uniemożliwić realizację ww. czynności.

Kielce dnia.....

.....

Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE ZAPOZNANIA Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany/a 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 „RODO”) o treści Klauzuli Informacyjnej o Przetwarzaniu Danych Osobowych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach.

.....

podpis osoby składającej oświadczenie