

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA
W szkoleniu – maj. Terapia sensomotoryczna
Chorzów

DANE OSOBOWE	
Imię i nazwisko:	
Pesel	
Specjalizacja:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
ADRES KORESPONDENCYJNY	
Ulica i numer:	
Kod pocztowy, Miejscowość:	
<p style="text-align: center;">Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby organizacji konferencji i umieszczenie jej w bazie danych Polskiego Towarzystwa Limfologicznego. Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne, a ponadto każdemu przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania. Dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom gospodarczym.</p> <p style="text-align: center;">Przesłać można a-mailem lub pocztą na adres ptlimf.biuro@poczta.onet.pl</p>	
Podpis:	