

Formularz zgłoszeniowy

Termin: 9 luty 2017
Miejsce: Wrocław, Hotel Terminal, ul. Rakietowa 33

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane podmiotu zgłaszającego** |  |  |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| **Dziedzina medycyny** |  |
| **Adres (kod pocztowy, ulica, miasto)** |  |
| **Telefon kontaktowy**  |  |
| **Numer NIP** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Zgoda na udostępnianie danych\*** | TAK [ x ] NIE [ ] |
| **Dane uczestników** |  |  |
|  | **Nazwisko i Imię** | **Funkcja** | **Numer kontaktowy** | **Czy jest P. lekarzem?** | **Pakiet** **VIP / Standard** (V/S) | **Certyfikat(Tak / Nie)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |

Wypełniony formularz prosimy skierować na mail: fmsz@mcbkonferencje.pl

**\*** Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Mazowieckie Centrum Biznesowe Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy al. Solidarności 115/2 moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, organizatorom oraz partnerom konferencji w celu otrzymywania od tych podmiotów drogą elektroniczną informacji handlowych w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2013 poz. 1422)

Przesyłając formularz zgłoszeniowy, oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią "[Regulaminu uczestnictwa w szkoleniu](http://mcbkonferencje.pl/files/Regulamin.pdf)" dostępnym na stronie www.mcbkonferencje.pl/konferencje i akceptuję zawarte w nim warunki. „Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Mazowieckie Centrum Biznesowe Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy al. Solidarności 115/2 w zakresie organizowania i realizacji przez MCB konferencji oraz wszelkich działań marketingowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2281). Wiem, że mam pełne prawo do wglądu i zmiany swoich danych, jak też do ich usunięcia z bazy.”

