



WOJSKOWY INSTYTUT HIGIENY I EPIDEMIOLOGII
im. gen. Karola Kaczkowskiego
01-163 Warszawa, ul. Kozielska 4
tel. 261 853 192, e-mail: wakcynologia@wihe.pl



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
uczestnictwa w kursie
WAKCYNOLOGIA PRAKTYCZNA
pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej

Wypełnij formularz zgłoszeniowy¹ i prześlij na adres e-mail: wakcynologia@wihe.pl

Szczegóły dotyczące kursu			
Tytuł:	Szczepienia ochronne w teorii i praktyce – aktualny stan wiedzy		
Termin i miejsce kursu	13 listopada 2020 r. (godz. 9.00-16.00) Webinarium – platforma ClickMeeting		
Dane uczestnika			
Nazwisko i imię *			
Nr prawa wykonywania zawodu (dot. lekarzy i pielęgniarek) lub PESEL *			
Dane do kontaktu			
Adres e-mail*			
Nr telefonu*			
Adres zamieszkania* kod pocztowy miejsowość	
 ulica, nr domu województwo	
Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu			
.....			
Data	Czytelny podpis uczestnika		
Skierowanie na kurs przez zakład pracy			
Koszt szkolenia w kwocie (zł)	400,00 zł netto - słownie: czteryście złotych – (brutto w przypadku gdy szkolenie finansowane będzie ze środków publicznych)	pokrywa	uczestnik kursu/ zakład pracy ²
PROSZĘ O WYSTAWIENIE FV za kurs na poniższe dane			
Dane firmy/institucji zgłaszającej (dane do faktury - płatnik)			
Nazwa firmy/institucji*			
Adres siedziby*			
Telefon kontaktowy*			

¹ W celu rejestracji, wypełnij formularz czytelnie – pismo drukowane, pola oznaczone * są wymagane.

² Niepotrzebne skreślić.

Adres e-mail*		
NIP*		
Data	Pieczętka zakładu pracy	Pieczętka i podpis osoby upoważnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu kierującego na kurs (osobie wskazanej w KRS do reprezentacji lub posiadającej upoważnienie do zaciągania zobowiązań)

Oплата za udział w kursie wynosi **400,00 zł netto - słownie: czterysta złotych - (brutto w przypadku gdy szkolenie finansowane będzie ze środków publicznych)**.

Opłatę za udział w szkoleniu należy uiścić przelewem na rachunek bankowy **WIHE nr: 44 1240 6247 1111 0000 4975 3509** zaznaczając na przelewie: nazwę instytucji, imię i nazwisko uczestnika oraz termin i tytuł kursu. W przypadku braku opłaty na 7 dni roboczych przed terminem kursu, faktura proforma umożliwiająca dokonanie płatności zostanie przesłana Uczestnikowi na adres email w wersji elektronicznej wraz z informacjami organizacyjnymi (7 dni przed terminem szkolenia). Opłata obejmuje koszt uczestnictwa w szkoleniu, materiały szkoleniowe, możliwość konsultacji z Ekspertami, oraz dokument potwierdzający udział w kursie w formie zaświadczenia. **W przypadku jednostek budżetowych akceptujemy płatność po szkoleniu.**

Zgłaszam udział na powyższe szkolenie zgodnie z ogłoszeniem na stronie internetowej <http://wihe.pl/kursy/wakcynologia/2020> i akceptuję **Regulamin uczestnictwa**.

Warunki zgłoszenia

1. Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest przesłanie formularza zgłoszeniowego na adres e-mail: wakcynologia@wihe.pl
2. Po otrzymaniu przez nas zgłoszenia skontaktujemy się z Państwem maksymalnie w ciągu 2 dni roboczych w celu potwierdzenia rezerwacji.
3. W przypadku kursu otwartego zastrzegamy sobie możliwość odwołania lub przesunięcia terminu w sytuacji, gdy nie zostanie osiągnięta wystarczająca liczba uczestników. Informacje o zmianach w terminie przesłana będzie najpóźniej do 2 dni przed planowanym rozpoczęciem szkolenia.
4. W przypadku rezygnacji uczestnika z udziału w kursie powyżej 7 dni roboczych przed rozpoczęciem kursu, WIHE zwraca wpłatę w wysokości: pełna kwota.
5. W przypadku rezygnacji kursu w czasie krótszym niż 7 dni roboczych od daty jego rozpoczęcia Uczestnik zobowiązany jest pokryć 50% kosztów kursu.
6. W przypadku odwołania szkolenia z winy WIHE, wpłata zostaje zwrócona w całości. Organizator ma prawo odwołać szkolenie w każdej chwili.
7. Nieodwołanie zgłoszenia i niewzięcie udziału w kursie spowoduje obciążenie pełnymi kosztami uczestnictwa.
8. Wysłanie zgłoszenia jest równoznaczne z akceptacją **Regulaminu uczestnictwa** dostępnej na stronie internetowej <http://wihe.pl/kursy/wakcynologia/2019-jesien> akceptacją powyższych warunków oraz upoważnieniem WIHE do wystawienia faktury VAT bez składania podpisu przez osobę upoważnioną ze strony zgłaszającego i przesłania jej pocztą elektroniczną (na adres e-mail firmy/instytucji).
9. Niniejszy formularz zgłoszeniowy/umowa stanowi zgłoszenie udziału w kursie i jest zobowiązaniem do zapłaty za kurs.
10. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii im. gen. Karola Kaczkowskiego, 01-163 Warszawa, ul. Kozielska 4 w celu: dokonania zgłoszenia na kurs; organizacji uczestnictwa w kursie, przygotowania zaświadczenia oraz realizacji czynności rozliczeniowych a także ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości usług szkoleniowych. Zgoda dotyczy danych osobowych zawartych w karcie zgłoszenia: imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail. Wymienione dane osobowe będą przechowywane w formie umożliwiającej identyfikację osoby, której dane dotyczą, przez okres nie dłuższy, niż jest to niezbędne do wskazanych celów, w których dane te są przetwarzane.

.....

podpis

Zgodę można w dowolnym momencie wycofać. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest możliwe poprzez przesłanie wiadomości na adres andrzej.paziewski@wihe.pl.

Brak wyrażenia zgody uniemożliwi realizację wskazanych w treści zgody celu (m.in. udział w szkoleniu).

	←	Data/ Czytelny podpis osoby zgłaszającej/pieczęć firmowa
--	---	---

Data wpływu zgłoszenia	Nr zgłoszenia	Nr zaświadczenia
---------------------------------	------------------------	---------------------------