WOJSKOWY INSTYTUT HIGIENY I EPIDEMIOLOGII
im. gen. Karola Kaczkowskiego
01–163 Warszawa, ul. Kozielska 4
tel. 261 853 205 lub 603 856 011, e-mail: magdalena.zawadzka@wihe.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
uczestnictwa w kursie
WAKCYNOLOGIA PRAKTYCZNA

Wypełnij formularz zgłoszeniowy[1] i prześlij na adres e-mail: justyna.jakubik@wihe.pl

Szczegóły dotyczące kursu			
Tytuł:	Szczepienia ochronne w teorii i praktyce – aktualny stan wiedzy		
Termin i miejsce kursu	04 grudnia 2025 r. (godz. 8.30-17.00) Webinarium – platforma szkoleniowa WIHE		
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	…… miejscowość	
	……. 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)	800,00 zł (osiemset złotych)	pokrywa	uczestnik kursu/ zakład pracy[2]
PROSZĘ O WYSTAWIENIE FV za kurs na poniższe dane			
Dane firmy/instytucji zgłaszającej (dane do faktury - płatnik)			
Nazwa firmy/instytucji			
Adres siedziby			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
NIP			

[1] W celu rejestracji, wypełnij formularz czytelnie, pola oznaczone * są wymagane.
[2] Niepotrzebne skreślić.

Data	**Pieczątka zakładu pracy**	**Pieczątka i podpis osoby upoważnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu kierującego na kurs** (osobie wskazanej w KRS do reprezentacji lub posiadającej upoważnienie do zaciągania zobowiązań)

Opłata za udział w kursie wynosi **800,00 zł - słownie: osiemset złotych**
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. 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/2025 i akceptuję Regulamin uczestnictwa.

Warunki zgłoszenia

1. Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest przesłanie formularza zgłoszeniowego na adres e-mail: justyna.jakubik@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 z kursu w czasie krótszym niż 7 dni roboczych do 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/2025 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

ZŁÓŻ 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 iod@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 ……