|  |
| --- |
| OSOBA APLIKUJĄCA |
| **Imię:** |  | **Nazwisko:** |  |
| **Stanowisko służbowe:** |  |
| DANE DO KONTAKTU: |
| **Telefon:** |  | **E-mail:** |  |
| DANE JEDNOSTKI: |
| **Nazwa:**  |  |
| **Adres:** |  |
| **NIP:** |  |
| ZAKWATEROWANIE: |
| **pokój jednoosobowy\*** |   |
| **pokój dwuosobowy\*** |  |

|  |
| --- |
| **Nr konta 94 1240 3927 1111 0011 0326 8434**Termin nadsyłania zgłoszeń i dokonania wpłaty:  **20.04.2023.**W tytule przelewu: XXXIX Konferencja ZPRMOpłata za uczestnictwo wynosi: 1707,32 zł netto + 23%VAT - 2100 zł brutto |

[ ]  Wyrażam zgodę̨ na przetwarzanie moich danych osobowych umożliwiających kontakt przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 w celach kontaktowych w związku z organizacją i realizacją XXXIX Konferencji ZPRM.

………….………………………………..

Data, podpis

Klauzula informacyjna dla uczestników Konferencji Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:*

1. Administratorem danych jest Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie, ul. Mieszka I 33, 71-011 Szczecin, tel. 91 43 33 801, fax. 91 43 35 754
2. Kontakt do Inspektora Danych Osobowych e-mail: iod@999.szczecin.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w związku z udziałem w Konferencji Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ oraz Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniem Członków.
4. Pozyskiwanie danych wynika z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora tj. art. 6 pkt. 1 ust. a-b, f 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 w spawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
5. Dane mogą być przekazywane następującym odbiorcom: podmiotom świadczącym usługi na zlecenie Organizatora, hotelom, instytucjom i firmom, z których usług uczestnicy konferencji będą korzystać, a także organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
6. Po upływie wymaganego przepisami prawa okresu, uzyskane dane osobowe uczestników podlegają zniszczeniu.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do własnych danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu do przetwarzania danych.
8. Wspomniane prawa można zrealizować za pomocą pisemnych wniosków znajdujących się na stronie [www.999.szczecin.pl](http://www.999.szczecin.pl) lub w sekretariacie Wojewódzkiej Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie, ul. Mieszka I 33, 71-011 Szczecin, tel. 91 43 33 801, fax. 91 43 35 754
9. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
10. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w Konferencji Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ oraz Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Członków.
11. Dane wprowadzone do systemu informatycznego nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą poddawane profilowaniu.
12. Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

W związku z przepisami RODO jeden Formularz zgłoszeniowy przeznaczony jest dla jednego uczestnika.

……………………………………

Akceptacja Dyrektora

\*właściwe zaznaczyć