**KARTA UCZESTNICTWA**

Konferencja Lekarzy Stomatologów

Rytro – Jesień 2019

Hotel „Perła Południa” 25 -27 październik 2019 r.

Wypełnioną kartę wraz z kopią dowodu wpłaty proszę przesłać na adres:

***Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie***

***31-123 Kraków***

***ul. Krupnicza 11a***

z dopiskiem na kopercie: **Konferencja Rytro 2019**

Imię, nazwisko ........................................................................................................

Kod pocztowy ................................. Miejscowość..................................................

Ulica ....................................................... tel. kontaktowy ......................................

e-mail ……………………………………………………………………………...

**Całkowity koszt uczestnictwa (pobyt wyżywienie, wykłady, imprezy towarzyszące)**

dla członków OIL Kraków 790 zł. ****

dla pozostałych uczestników 890 zł. ****

**Częściowy koszt uczestnictwa (wykłady)**

dla członków OIL Kraków 250 zł. ****

dla pozostałych uczestników 300 zł. ****

Hotel dysponuje pokojami 1, 2, 3 osobowymi

**Rezerwuję:**

Pokój …. osobowy z .................................................................................................

Planowany przyjazd data ............ godz. ............ wyjazd data ........... godz. .............

Liczba pokoi ograniczona, decyduje kolejność zgłoszenia.

**Opłatę przekazuję na konto:**

**Związek Lekarzy Dentystów- Pracodawców Ochrony Zdrowia**

**31-123 Kraków, ul. Krupnicza 11a**

**Bank PKO S.A.**

**32 1240 4432 1111 0010 8729 6193**

**tytułem: Konferencja Rytro 2019 wraz z podaniem nazwiska lub nazwisk uczestników, których dotyczy przelew**

**Dane do rachunku ( ZLD-POZ nie jest płatnikiem VAT ):**

Imię i nazwisko.......................................................................................................

# Nazwa firmy (instytucja) ......................................................................................

Kod pocztowy .................................. Miejscowość ...............................................

Ulica .............................................................. NIP ............................................

**Uwaga:**

**Z przyczyn organizacyjno – księgowych, w przypadku braku danych do rachunku w Karcie uczestnictwa, rachunki za udział w konferencji wystawiane będą nie później niż do 2 tygodni od dnia zakończenia konferencji !!!**

**. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie z siedzibą: ul. Krupnicza 11a , 31-123 Kraków w celu obsługi Konferencji Naukowo- Szkoleniowej w Lekarzy Dentystów w dniach 25-27.10.2019r. w Rytrze.   
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.  
3. Zapoznałem /am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.**

….................................................................................

*(data, podpis)*

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie z siedzibą: ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków

2.Kontakt do Inspektora Ochrony Danych – iod@oilkrakow.org.pl

3.Wyrażenie zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne lecz konieczne do pomyślnego przeprowadzenia rejestracji i późniejszej obsługi zdarzenia edukacyjnego. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi wzięcie udziału w zdarzeniu edukacyjnym.

4.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu obsługi zdarzenia edukacyjnego (zapisy na konferencję, przygotowanie identyfikatora, wydanie certyfikatu, wystawienie rachunku) na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.   
5.Dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom. Dane osobowe mogą zostać ujawnione właściwym organom, upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.   
6.Osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.   
7. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez podane niżej okresy:

-dane kontaktowe do momentu zakończenia okresu roszczeń związanych z realizacją zdarzeń edukacyjnych,

-dane płatności przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym upłynął termin płatności

podatku ,

-imiona i nazwiska zawarte w listach obecności na czas realizacji prawnego obowiązku ciążącego na administratorze związanego z doskonaleniem zawodowym członków OIL w Krakowie   
8. Osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.