**Zgłoszenie udziału w Kursie**

**„Szkoła Pompowa Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nazwisko:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | imię, drugie imię: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| tytuł naukowy: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Oddział PTD: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
| telefon: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | e-mail: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Chcę otrzymywać korespondencję od PTD na wskazany wyżej adres mailowy |  TAK NIE |
| Jestem: |  lekarzem |  |
|  |  pielęgniarką lub położną |  |
|  |  |  |
| Miejsce pracy: |  |  |  |
| nazwa: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| ulica: |  | nr domu, lokalu: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| miejscowość: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | kod pocztowy: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| specjalizacja: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | stopień: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | rok uzyskania: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z realizacją Kursu, w szczególności wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych sponsorom Kursu oraz na udostępnienie ich na stronie [www.ptdiab.pl](http://www.ptdiab.pl) w związku z informacjami o zakwalifikowaniu się do udziału w Szkole Pompowej i stażami organizowanymi w jej ramach. Rozumiem, że podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne (dane oznaczone kolorem czerwonym), jeśli chcę zostać uczestnikiem Kursu. Administratorem moich danych osobowych będzie Polskie Towarzystwo Diabetologiczne z siedzibą w Łodzi, przy ul. Polskich Kolei Państwowych 6, 92-402. Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych i prawo ich poprawiania.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| data | podpis |