

**KARTA ZGŁOSZENIA**

na szkolenie w zakresie HIV/AIDS dla lekarzy o specjalizacji innej niż choroby zakaźne

*Prosimy o czytelne wypełnienie karty*

Imię i nazwisko			
Specjalizacja			
E-mail:			Fax:
Telefon kontaktowy:	Preferencje żywieniowe:		
Korzystanie z noclegu w dniu 15-16.11.2018: TAK / NIE			

Miejsce szkolenia: Hotel Puławska Residence, ul. Puławska 361, Warszawa. Osoby zainteresowane udziałem w szkoleniu prosimy o przesłanie na adres Krajowego Centrum (przez e-mail, fax lub pocztą) **karty zgłoszenia na szkolenie**.

Term szkolenia:

**15 – 16 listopada 2018**

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 2016/679 z dn. 27.04.2016 w sprawie ochrony danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (zwanym potocznie RODO) oraz zostałem(-łam) poinformowany (-na) i przyjmuję do wiadomości iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest **Krajowe Centrum ds. AIDS z siedzibą w Warszawie (01-829) przy ul. Samsonowskiej 1;**
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w celu organizacji i przeprowadzenia szkolenia w zakresie HIV/AIDS;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a w tym Ministerstwu Zdrowia i Ministerstwu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które finansują to szkolenie w celach sprawozdawczości.
- 4) posiadam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 5) w przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych można je kierować bezpośrednio do Inspektora Ochrony Danych pod adresem: [iod@aids.gov.pl](mailto:iod@aids.gov.pl)

Czytelny podpis i data

.....