|  |
| --- |
| **UMOWA – ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU*****(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZGŁOSZENIA I ODESŁANIE NA ADRES MAILOWY:*** ***bz1@frk.pl*** *lub* ***bz2@frk.pl******)*****Pierwsza pomoc dla rodziców i opiekunów dzieci w wieku 0-6 lat****26 kwietnia 2018 roku** |
| **ZAMAWIAJĄCY/PŁATNIK:**Firma/Imię i Nazwisko: .........................................................................................Adres:................................................................................Osoba zgłaszająca:.............................................................Telefon:.............................................................................Adres e-mail:......................................................................UCZESTNICY:Imię:...................................................................................Nazwisko:...........................................................................Telefon:..............................................................................Adres e-mail:......................................................................Imię:...................................................................................Nazwisko:...........................................................................Telefon:..............................................................................Adres e-mail:......................................................................DANE DO FAKTURY:Pełna nazwa firmy/Imię i nazwisko:..........................................................................................Adres:................................................................................NIP:....................................................................................\*(\*Osoby fizyczne nie prowadzące działalności gospodarczej nie podają nr NIP)Pieczątka i podpis: | **Organizator szkolenia (miejsce szkolenia):****Fundacja Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Zbigniewa Religi**ul. Wolności 345a41-800 ZabrzeNIP: 648-10-29-255 REGON: 271-555 - 096**KOSZT UDZIAŁU 1 OSOBY: 100,00 zł + 23% VAT** W razie pytań prosimy o bezpośredni kontakt:  **tel.: 32/3735646** lub **32/3735647****e-mail:** bz1@frk.pl; lub bz2@frk.pl **Proszę zaznaczyć wybrany termin:**  **⃝ TERMIN I – 26.04.2018, w godz.9.00-13.30** **⃝ TERMIN II – 26.04.2018, w godz. 14.30-19.00****OGÓLNE WARUNKI:**1. Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest przesłanie do organizatora umowy - zgłoszenia oraz otrzymanie od organizatora potwierdzenia zgłoszenia. Faktura Pro Forma zostanie wystawiona do dwóch dni od przesłania zgłoszenia.

Aby zagwarantować miejsce na szkoleniu, należy opłacić szkolenie najpóźniej na 5 dni przed jego terminem. W przypadku braku płatności miejsce na szkoleniu nie będzie zagwarantowane.1. **Koszt uczestnictwa w szkoleniu: 100,00 PLN + 23% VAT od osoby. Cena zawiera również zaświadczenie o ukończeniu szkolenia oraz przerwy kawowe.**
2. Rezygnacje przyjmowane będą wyłącznie w formie pisemnej nie później niż na 5 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Po tym terminie zgłaszający poniesie koszty organizacyjne szkolenia w wysokości 75% ceny szkolenia. W przypadku rezygnacji ze szkolenia na 3 lub mniej dni od wyznaczonej daty szkolenia uczestnik ponosi pełną odpłatność.
3. Organizator dopuszcza, na podstawie pisemnej informacji, zmiany personalne wśród zgłoszonych do szkolenia pracowników Państwa firmy.
4. Organizator zastrzega sobie prawo do zmiany terminu szkolenia lub wyznaczenia równoważnego zastępstwa w przypadku, gdy wykładowca nie będzie mógł prowadzić zajęć z przyczyn losowych.
5. Wysyłając zgłoszenie Zamawiający akceptuje powyższe warunki.
6. Wykreślenie któregokolwiek z punktów umowy zgłoszenia, skutkuje jej nieważnością.
 |

**Szanowni Państwo,**

Dane podane w trakcie zgłoszenia na szkolenie są podawane przez Państwa  dobrowolnie, jednak są one niezbędne do uczestnictwa w szkoleniu, a ich nie podanie będzie skutkowało niemożliwością uczestnictwa. **Fundacja Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Zbigniewa Religi, ul. Wolności 345a, 41-800 Zabrze (32 3735646, lub 32 3735647, e-mail:** **bz1@frk.pl** **lub** **bz2@frk.pl****)**, jako Administrator danych przetwarza dane ze zgłoszenia na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 3 ustawy o ochronie danych osobowych i art. 6 ust. 1 punkt b RODO\* jako dane niezbędne do zawarcia umowy.

Państwa dane są również przetwarzane na potrzeby prawnie uzasadnionych celów firmy, tj. wysyłki  materiałów szkoleniowych lub innej korespondencji niezbędnej do obsługi poszkoleniowej.  Mogą Państwo w dowolnym momencie wnieść sprzeciw – z przyczyn związanych ze swoją szczególną sytuacją – wobec przetwarzania swoich danych opartych na art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych i art. 6 ust. 1 lit.  f) RODO\* (prawnie uzasadnione interesy realizowane przez Administratora Danych).

Państwa dane podane z umowy zgłoszenia (imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail, miejsce pracy/prowadzenia działalności gospodarczej) są ujawniane jedynie upoważnionym pracownikom Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Zbigniewa Religi, ul. Wolności 345a, 41-800 Zabrze. Państwa dane będą przetwarzane do momentu rozpoczęcia usługi oraz do 10 lat po jej zakończeniu.

Mają Państwo prawo do żądania od Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Zbigniewa Religi, ul. Wolności 345a, 41-800 Zabrze, dostępu do swoich danych osobowych  ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych i uzyskania ich kopii.

Przysługuje Państwu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych/Urzędu Ochrony Danych.

***\*-*** *ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*