####

**OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w GDAŃSKU**

**OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W GDAŃSKU**



KARTA ZGŁOSZENIA
UCZESTNICTWA W KONFERENCJI RZECZNIKA

„OD PEDIATRII DO GERIATRII - WYZWANIA I SZANSE W ASPEKCIE SKOORDYNOWANEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ.

ZAGROŻENIA W PRACY PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ”

* Termin: **24-25 Października 2019r.**
* Miejsce: Gdańsk ,ul. Jelitkowska 20, **Hotel Novotel Marina.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i Imię** |  |
| **Nr Prawa Wykonywania Zawodu** |  |
| ***Miejsce pracy, stanowisko*** |  |
| ***Dane do wystawienia rachunku*** ***(jeśli Osoba wymaga)*** | ***Nazwisko i imię******(Nazwa instytucji)*** |
| ***Ulica*** | ***Nr. domu*** |
| ***Kod pocztowy*** | ***Miejscowość*** |
| ***NIP/Regon*** | ***Telefon***  |
| ***Warunki Uczestnictwa*** | 1. Dla Członków OIPiP w Gdańsku konferencja płatna 50 zł,
2. Dla pozostałych osób opłata wynosi 250 zł

Dane do przelewu : Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, Ul. Wyczółkowskiego 17A z tytułem „Konferencja Rzecznika” na **nr konta: 93 1050 1764 1000 0090 3024 7622**Potwierdzenie przelewu należy przesłać wraz z kartą zgłoszeniową do dnia 15.10.2019r. ( decyduje kolejność zgłoszeń) na adres : **IODO@OIPIP.GDA.PL** |

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w obrębie organizacji i przeprowadzenia w/w konferencji, do wystawienia certyfikatu włącznie, przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, 80-147 Gdańsk, Wyczółkowskiego 17A,* ***zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych.***

*Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku na potrzebę przedstawienia fotorelacji z w/w konferencji w biuletynie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, oraz na stronie internetowej oipip.gda.pl*

 miejscowość, data podpis