**Formularz Zgłoszeniowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane podmiotu zgłaszającego** | | | | |  | | |  | |
| **Nazwa podmiotu** | |  | | | | | | | |
| **Dziedzina medycyny** | |  | | | | | | | |
| **Przedział zatrudnienia** (proszę wpisać ‘x’ w wybrane pole) | | 1-5 [ ] 6-20 [ ] 21-50 [ ] 51-200 [ ] powyżej 200 [ ] | | | | | | | |
| **Adres (kod pocztowy, ulica, miasto, powiat)** | |  | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | | | | |
| **Numer NIP** | |  | | | | | | | |
| **Adres e-mail** | |  | | | | | | | |
| **Kontrakt z NFZ** | | TAK [ ] NIE [ ] | | | | | | | |
| **Świadczenia komercyjne** | | TAK [ ] NIE [ ] | | | | | | | |
| **Zgoda na udostępnianie danych\*** (proszę wpisać ‘x’ w wybrane pole) | | TAK [ ] NIE [ ] | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | **Nazwisko i Imię** | | **Stanowisko** | **Numer kontaktowy** | | **Czy jest P. lekarzem?** | **Nagrania z wykładów** (+300 zł brutto) | | **Certyfikat (+60 zł)** (proszę wpisać ‘x’ w wybrane pole) |
| **1.** |  | |  |  | | Tak [ ]  Nie [ ] | Tak [ ]  Nie [ ] | | Tak [ ]  Nie [ ] |
| **2.** |  | |  |  | | Tak [ ]  Nie [ ] | Tak [ ]  Nie [ ] | | Tak [ ]  Nie [ ] |
| **3.** |  | |  |  | | Tak [ ]  Nie [ ] | Tak [ ]  Nie [ ] | | Tak [ ]  Nie [ ] |
| **4.** |  | |  |  | | Tak [ ]  Nie [ ] | Tak [ ]  Nie [ ] | | Tak [ ]  Nie [ ] |

Wypełniony formularz prosimy skierować na mail: [biuro@mcbkonferencje.pl](mailto:biuro@mcbkonferencje.pl)

**Warunki udziału:**

* udział w wykładach i warsztatach,
* całodzienny serwis kawowy oraz pełnowartościowy poczęstunek na słodko i słono,
* pakiet edukacyjny (notes, długopis i wydrukowana pełna agenda)

1 uczestnik - 449 zł brutto   
2 uczestników – 429 zł brutto za osobę  
3 uczestników i więcej – 399 zł brutto za osobę  
  
Dodatkowe elementy do pakietu udziału:  
- 30 dniowy dostęp do nagrań z wszystkich wykładów – 300 zł brutto   
- imienny certyfikat – 60 zł brutto

**\*** Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Mazowieckie Centrum Biznesowe Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Modlińska 6/202 moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, organizatorom oraz partnerom konferencji w celu otrzymywania od tych podmiotów drogą elektroniczną informacji handlowych w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2019 r.poz. 123, 730).  
Przesyłając formularz zgłoszeniowy, oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią "[Regulaminu uczestnictwa w szkoleniu](http://mcbkonferencje.pl/files/Regulamin.pdf)" dostępnym na stronie [www.mcbkonferencje.pl/konferencje](http://www.mcbkonferencje.pl/konferencje) i akceptuję zawarte w nim warunki, a także zapoznałem/am się z [klauzulą informacyjną RODO](http://mcbkonferencje.pl/files/RODO.pdf)