



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Temat szkolenia

Ogólnopolskie Spotkanie Użytkowników Systemów MR firmy UIH

Termin wydarzenia

24-25/05/24

Miejsce

Gryfice

Ilość osób

Cena za os.

250,00*

Suma

*Cena za osobę obejmuje: wykłady, warsztaty, lunch pierwszego dnia, nocleg, kolację, certyfikat. Bezpłatna rezygnacja ze szkolenia jest możliwa tylko do dnia 30 kwietnia 2024.

Uczestnicy wydarzenia

Imię i nazwisko

Adres e-mail

Telefon

Imię i nazwisko

Adres e-mail

Telefon

Szczegóły dotyczące noclegu

Imię i nazwisko

Adres e-mail

variant pokoju *

Pokój 1 os / Pokój 2 os

Imię i nazwisko

Adres e-mail

variant pokoju

Pokój 1 os / Pokój 2 os

*niepotrzebne skreślić

Dane do faktury

Pełna nazwa jednostki

NIP

Adres

Telefon

Adres e-mail, na który zostanie wysłana faktura

Dodatkowe informacje

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby szkolenia/kursu. Administratorem moich danych jest firma United Imaging Healthcare Poland Sp. z o. o.; ul. Żwirki i Wigury 14, 02-143 Warszawa; NIP 7010897544. Poinformowano mnie, że dane osobowe podawane są dobrowolnie oraz że mam prawo do dostępu do swoich danych, ich poprawiania, a także wycofania udzielonej zgody w dowolnym momencie.

Data i podpis

Pieczęć firmowa

Oświadczam, że znam i akceptuję warunki uczestnictwa i rezygnacji w szkoleniu lub kursie, zapisane w informacjach dodatkowych oferty.