

Warsztaty praktyczne z wykorzystaniem preparatów nieutralizujących

Leczenie ran przewlekłych

16 grudnia 2016 r. | Warszawa | Centrum Szkoleniowe CEMED

Koszt udziału jednej osoby:

- ☐ 548,78 zł netto + 23% VAT (675 zł brutto) – zgłoszenie do 30 listopada 2016
☐ 650,41 zł netto + 23% VAT (800 zł brutto) – zgłoszenie od 1 grudnia 2016

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko uczestnika

Specjalizacja, nr PWZ (jeśli dotyczy)

Telefon

Faks

e-mail

Dane płatnika:

Nazwa instytucji (płatnika)

NIP

Adres (ulica, kod, miasto)

Telefon / Faks

Koszt uczestnictwa obejmuje: udział w warsztatach, możliwość konsultacji z wykładowcami, przerwy kawowe, dyplom potwierdzający udział
Cena nie obejmuje kosztów noclegu.

Uwaga! Szkolenie zostanie zrealizowane jedynie w przypadku zebrania odpowiedniej liczby uczestników.

Potwierdzenie zgłoszenia: O przyjęciu zgłoszenia decyduje kolejność. Ilość miejsc ograniczona. Przyjęte zgłoszenie zostanie potwierdzone e-mailem lub faksem zawierającym szczegółowe informacje organizacyjne oraz zasady płatności i numer rachunku bankowego Organizatora.

Warunki udziału: Przesłanie wypełnionego formularza zgłoszeniowego faksem lub elektronicznie ze strony internetowej spotkania oraz dokonanie wpłaty w wyznaczonym terminie (po otrzymaniu potwierdzenia udziału).

Warunki rezygnacji: Rezygnacja zgłoszona do 9 grudnia 2016 r. (włącznie) nie powoduje obciążeń finansowych. Rezygnacja zgłoszona po 9 grudnia 2016 r. lub nieobecność na spotkaniu powoduje powstanie zobowiązania pokrycia pełnego kosztu udziału na podstawie faktury wystawionej przez Centrum Edukacji Medycznej CEMED.

Rezygnację z udziału należy przesłać w formie pisemnej na adres cemed@cemed.pl lub faksowej na numer 22 355 85 18. Anulowanie zgłoszenia potwierdzone zostaje pisemnie przez Organizatora.

Niedokonanie wpłaty nie jest jednoznaczne z rezygnacją z udziału.

Osoba chcąc zrezygnować z udziału w kursie może wyznaczyć za siebie zastępstwo.

Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania spotkania, do zmian w programie oraz do zmiany miejsca organizacji spotkania.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie przez Centrum Edukacji Medycznej CEMED Sp. z o.o., Warszawa, ul. Broniewskiego 89, moich danych osobowych (w tym adresu poczty elektronicznej), pod warunkiem przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926), w zakresie prowadzonej przez Centrum Edukacji Medycznej CEMED Sp. z o.o. działalności gospodarczej (w szczególności działalności szkoleniowej i marketingowej). Zgadzam się na przekazanie moich danych współorganizatorom szkolenia. Mam świadomość mojego prawa do wglądu, poprawiania lub usunięcia moich danych, zgromadzonych w bazie danych osobowych Centrum Edukacji Medycznej CEMED Sp. z o.o. oraz o dobrowolności ich podania.

☐ **tak**

☐ **nie**

W związku z obowiązkiem wynikającym z ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. nr 144, poz. 1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam zgodę na otrzymywanie ofert udziału w szkoleniach i innych materiałów marketingowych drogą elektroniczną.

☐ **tak**

☐ **nie**

Data i podpis uczestnika: