

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
I OGÓLNOPOLSKI ZJAZD ORGANIZACJI RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Smardzewice, 26-27 listopada 2023 r.

(termin na nadsyłanie zgłoszeń upływa w dniu 31-10-2023)

Nazwa organizacji/instytucji:

Numer KRS¹:

Dane uczestników:

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika	Oznaczenie szefa delegacji (należy postawić znak: "X" przy osobie pełniącej funkcję szefa delegacji)	Uwagi
1			
2			
3			

Numer telefonu do szefa delegacji:

Adres e-mail do komunikacji:

Proszę o rezerwację następującej liczby pokoi w **Centrum Molo Szkolenia i Rekreacja**, ul. Klonowa 16, 97-213 Smardzewice:

Lp.	Rodzaj pokoju	Liczba pokoi	Kto ma być zameldowany w pokoju (proszę wpisać imię i nazwisko uczestnika)
1	POKÓJ DOUBLE²		
2	POKÓJ TWIN³		
3	POKÓJ TRIPLE⁴		
4	POKÓJ LUX⁵		

¹ Jeżeli dotyczy.

² Pokój o powierzchni 15 m² - pokój jednoosobowy.

³ Pokój o powierzchni 19 m² dla maksymalnie 2 osób z dwoma pojedynczymi łózkami.

⁴ Pokój o powierzchni 21 m² dla maksymalnie 3 osób z trzema pojedynczymi łózkami.

⁵ Pokój o powierzchni 34 m² dla maksymalnie 2 osób z dwoma pojedynczymi łózkami

Pełen koszt udziału delegacji w wydarzeniu składa się z kosztów noclegu wg. powyżej specyfikacji oraz kosztów udziału w Zjeździe w skład którego wchodzi (przerwa kawowa w dniu 26 listopada 2023 r., kolacja w dniu 26 listopada 2023 r., przerwa kawowa w dniu 27 listopada 2023 r., koszt wynajęcia Sali konferencyjnej) w przeliczeniu za 1 osobę, która wynosi:

Koszt udziału na 1 uczestnika (nocleg + udział w Zjeździe) -> Pokój DBL (1-os) ze śniadaniem	675,18 zł
Koszt udziału na 1 uczestnika (nocleg + udział w Zjeździe) -> Pokój TWN (2-os) ze śniadaniem	571,68 zł
Koszt udziału na 1 uczestnika (nocleg + udział w Zjeździe) -> Pokój TRP (3-os) ze śniadaniem	543,18 zł
Koszt udziału na 1 uczestnika (nocleg + udział w Zjeździe) -> Pokój LUX (2-os) ze śniadaniem	645,93 zł

Koszt śniadania w dniu 27 listopada 2023 r. jest wliczony w koszt noclegu z 26/27 listopada 2023 r.

....., dnia r.
(nazwa miejscowości i data)

.....
(imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji organizacji/institucji)

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji organizacji/institucji zgodnie z KRS⁶)

UWAGA!!!

Skan wypełnionego formularza zgłoszeniowego wraz z podpisanymi zgodami należy wystać w terminie do 31 października 2023 r., na adres: ptrm@ratmed.org

Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych po otrzymaniu i weryfikacji formularza rejestracyjnego prześle dane do opłacenia kosztów udziału w Zjeździe. Termin opłacenia kosztów udziału w Zjeździe na konto hotelu upływa w dniu 10 listopada 2023 r.

W przypadku nieopłacenia kosztów udziału w Zjeździe we wskazanym powyżej terminie skutkować będzie to anulowaniem zgłoszenia delegacji.

Z uwagi na ograniczone zasoby hotelu o przydziale rodzaju pokoju wskazanego w formularzu rejestracyjnym decyduje kolejność zgłoszeń i termin opłacenia kosztów udziału.

⁶ Jeżeli dotyczy.

ZGODA na przetwarzanie danych osobowych – uczestnik nr 1

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym formularzu na potrzeby organizacji Zjazdu Organizacji zrzeszających ratowników medycznych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej (EU) 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) (Dz. Urz. UE L 119/1) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

....., dnia r.
(nazwa miejscowości i data)

.....
(podpis uczestnika nr 1)

ZGODA na przetwarzanie danych osobowych – uczestnik nr 2

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym formularzu na potrzeby organizacji Zjazdu Organizacji zrzeszających ratowników medycznych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej (EU) 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) (Dz. Urz. UE L 119/1) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

....., dnia r.
(nazwa miejscowości i data)

.....
(podpis uczestnika nr 2)

ZGODA na przetwarzanie danych osobowych – uczestnik nr 3

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym formularzu na potrzeby organizacji Zjazdu Organizacji zrzeszających ratowników medycznych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej (EU) 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) (Dz. Urz. UE L 119/1) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

....., dnia r.
(nazwa miejscowości i data)

.....
(podpis uczestnika nr 3)

ZEZWOLENIE
na rozpowszechnianie wizerunku
przez Polskiego Towarzystwo Ratowników Medycznych
(uczestnik nr 1)

Niniejszym zezwalam na korzystanie, rozpowszechnianie i przetwarzanie mojego wizerunku, w tym jego utrwalanie, na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych (PTRM).

Wizerunek będzie zamieszczany na oficjalnej stronie internetowej PTRM (www.ratmed.org), w związku z realizacją celów określonych w statucie PTRM, profilu PTRM na portalach społecznościowych, w relacjach medialnych i telewizyjnych oraz materiałach internetowych.

Niniejsze zezwolenie jest oparte w szczególności na przepisach art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1231, z późn. zm.) oraz przepisach rozporządzenia 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), w tym jego art. 6 ust 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a.

Niniejsze zezwolenie jest udzielone nieodpłatnie i oświadczam, że znany jest mi fakt, że nie przysługuje mi z tytułu jego udzielenia, jakiegokolwiek wynagrodzenie lub zwrot kosztów.

Oświadczam, że niniejsze zezwolenie zostaje udzielone na czas nieoznaczony. W celu uniknięcia wątpliwości oświadczam, że w przypadku wykorzystania i rozpowszechnienia wizerunku objętego niniejszym zezwoleniem, może on być dostępny na zasadach przewidzianych w niniejszym zezwoleniu, nawet w przypadku jego odwołania, w szczególności jako materiały archiwalne.

Jednocześnie oświadczam, że poinformowano mnie, iż administratorem moich danych osobowych jest PTRM oraz że mam prawo do dostępu do swoich danych, jak również ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wycofania zezwolenia w każdym momencie poprzez wysłanie stosownego wniosku na adres siedziby PTRM lub adres e-mail: ptrm@ratmed.org.

.....
(data i czytelny podpis)

ZEZWOLENIE
na rozpowszechnianie wizerunku
przez Polskiego Towarzystwo Ratowników Medycznych
(uczestnik nr 2)

Niniejszym zezwalam na korzystanie, rozpowszechnianie i przetwarzanie mojego wizerunku, w tym jego utrwalanie, na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych (PTRM).

Wizerunek będzie zamieszczany na oficjalnej stronie internetowej PTRM (www.ratmed.org), w związku z realizacją celów określonych w statucie PTRM, profilu PTRM na portalach społecznościowych, w relacjach medialnych i telewizyjnych oraz materiałach internetowych.

Niniejsze zezwolenie jest oparte w szczególności na przepisach art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1231, z późn. zm.) oraz przepisach rozporządzenia 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), w tym jego art. 6 ust 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a.

Niniejsze zezwolenie jest udzielone nieodpłatnie i oświadczam, że znany jest mi fakt, że nie przysługuje mi z tytułu jego udzielenia, jakiegokolwiek wynagrodzenie lub zwrot kosztów.

Oświadczam, że niniejsze zezwolenie zostaje udzielone na czas nieoznaczony. W celu uniknięcia wątpliwości oświadczam, że w przypadku wykorzystania i rozpowszechnienia wizerunku objętego niniejszym zezwoleniem, może on być dostępny na zasadach przewidzianych w niniejszym zezwoleniu, nawet w przypadku jego odwołania, w szczególności jako materiały archiwalne.

Jednocześnie oświadczam, że poinformowano mnie, iż administratorem moich danych osobowych jest PTRM oraz że mam prawo do dostępu do swoich danych, jak również ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wycofania zezwolenia w każdym momencie poprzez wysłanie stosownego wniosku na adres siedziby PTRM lub adres e-mail: ptrm@ratmed.org.

.....
(data i czytelny podpis)

ZEZWOLENIE
na rozpowszechnianie wizerunku
przez Polskiego Towarzystwo Ratowników Medycznych
(uczestnik nr 3)

Niniejszym zezwalam na korzystanie, rozpowszechnianie i przetwarzanie mojego wizerunku, w tym jego utrwalanie, na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych (PTRM).

Wizerunek będzie zamieszczany na oficjalnej stronie internetowej PTRM (www.ratmed.org), w związku z realizacją celów określonych w statucie PTRM, profilu PTRM na portalach społecznościowych, w relacjach medialnych i telewizyjnych oraz materiałach internetowych.

Niniejsze zezwolenie jest oparte w szczególności na przepisach art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1231, z późn. zm.) oraz przepisach rozporządzenia 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), w tym jego art. 6 ust 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a.

Niniejsze zezwolenie jest udzielone nieodpłatnie i oświadczam, że znany jest mi fakt, że nie przysługuje mi z tytułu jego udzielenia, jakiegokolwiek wynagrodzenie lub zwrot kosztów.

Oświadczam, że niniejsze zezwolenie zostaje udzielone na czas nieoznaczony. W celu uniknięcia wątpliwości oświadczam, że w przypadku wykorzystania i rozpowszechnienia wizerunku objętego niniejszym zezwoleniem, może on być dostępny na zasadach przewidzianych w niniejszym zezwoleniu, nawet w przypadku jego odwołania, w szczególności jako materiały archiwalne.

Jednocześnie oświadczam, że poinformowano mnie, iż administratorem moich danych osobowych jest PTRM oraz że mam prawo do dostępu do swoich danych, jak również ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wycofania zezwolenia w każdym momencie poprzez wysłanie stosownego wniosku na adres siedziby PTRM lub adres e-mail: ptrm@ratmed.org.

.....
(data i czytelny podpis)

Informacja o przetwarzaniu danych

Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych (PTRM), w związku z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), niniejszym informuje, że:

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w związku z organizacją Zjazdu Organizacji zrzeszających ratowników medycznych oraz utrwaleniem przez PTRM, w tym podmioty działające na jego rzecz lub we współpracy, jako fotografie i materiały audiowizualne podczas pełnienia obowiązków zawodowych lub służbowych.

Administratorem danych osobowych jest: PTRM z siedzibą w Tychach, ul. Magnolii 4, 43-100 Tychy (dalej: „Administrator”). Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych – adres e-mail: ptrm@ratmed.org

Administrator informuje, że:

- 1) podane dane będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana zezwolenia zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 osobowych);
- 2) dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w Polityce informacyjnej;
- 3) przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych dotyczących Pani/Pana osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
- 4) przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zezwolenia w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zezwolenia przed jego cofnięciem w szczególności jako fotograficzne lub audiowizualne materiały archiwalne i telewizyjne;
- 5) przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa;
- 6) dane osobowe pochodzą od osoby, której dane te dotyczą.