

# KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA

Warunki uczestnictwa w Kongresie zostały określone w Regulaminie Uczestnictwa w Kongresie, który dostępny jest na stronie internetowej pod adresem: [www.kongres2016.pl](http://www.kongres2016.pl).

Przesłanie niniejszej karty zgłoszenia jest równoznaczne z zapoznaniem się i zaakceptowaniem Regulaminu Uczestnictwa w Kongresie.

## I. PROSZĘ O WYSTAWIENIE FAKTURY VAT NA:

Nazwa firmy .....

NIP.....Ulica.....Nr domu.....Nr lokalu.....

Kod.....Miejscowość.....

## II. DANE OSOBOWE

Imię:.....Nazwisko:.....

Specjalizacja.....Numer prawa wykonywania zawodu:.....

Zawód      lekarz       inny

## Adres do korespondencji:

Ulica.....Nr domu.....Nr lokalu.....

Kod.....Miejscowość.....

telefon kontaktowy:.....e-mail:.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rejestracyjnym na XVI Kongres Medycyny Rodzinnej przez ZIZ Centrum Edukacji sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie przy ul. Garbarskiej 13/3, 31-131 Kraków wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa - Śródmieścia w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000372884, NIP 6751441883, REGON 121417864, kapitał zakładowy 9.000,00 złotych w celu realizacji umowy o uczestnictwo w XVI Kongresie Medycyny Rodzinnej, na zasadach określonych w Regulaminie uczestnictwa w XVI Kongresie Medycyny Rodzinnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182).

.....  
podpis uczestnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rejestracyjnym na XVI Kongres Medycyny Rodzinnej przez ZIZ Centrum Edukacji sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie przy ul. Garbarskiej 13/3, 31-131 Kraków wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa - Śródmieścia w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000372884, NIP 6751441883, REGON 121417864, kapitał zakładowy 9.000,00 złotych w celu promocji towarów lub usług Administratora lub podmiotów z nim współpracujących, których działalność związana jest z branżą medyczną lub farmaceutyczną, również po okresie świadczenia usług związanych z uczestnictwem w XVI Kongresie Medycyny Rodzinnej, na zasadach określonych w Regulaminie uczestnictwa w XVI Kongresie Medycyny Rodzinnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182).

.....  
podpis uczestnika

Wyrażam zgodę na przesyłanie na mój adres poczty elektronicznej wskazany w formularzu rejestracyjnym na XVI Kongres Medycyny Rodzinnej informacji handlowej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2013 r. poz. 1422) na zasadach określonych w Regulaminie uczestnictwa w XVI Kongresie Medycyny Rodzinnej.

.....  
podpis uczestnika

## III. OPŁATA KONGRESOWA (ceny brutto)

	Do 11 marca 2016 roku		Do 8 kwietnia 2016 roku		Do 6 maja 2016 roku		Wpłata na miejscu
<b>Lekarze – członkowie KLRwP*</b>	<input type="checkbox"/> 390,00 zł	<input type="checkbox"/> 480,00 zł	<input type="checkbox"/> 480,00 zł	<input type="checkbox"/> 590,00 zł	<input type="checkbox"/> 590,00 zł	<input type="checkbox"/> 690,00 zł	<input type="checkbox"/> 690,00 zł
<b>Rezydenci**</b>	<input type="checkbox"/> 280,00 zł	<input type="checkbox"/> 320,00 zł	<input type="checkbox"/> 320,00 zł	<input type="checkbox"/> 350,00 zł	<input type="checkbox"/> 350,00 zł	<input type="checkbox"/> 400,00 zł	<input type="checkbox"/> 400,00 zł
<b>Pozostali uczestnicy</b>	<input type="checkbox"/> 490,00 zł	<input type="checkbox"/> 550,00 zł	<input type="checkbox"/> 550,00 zł	<input type="checkbox"/> 590,00 zł	<input type="checkbox"/> 590,00 zł	<input type="checkbox"/> 690,00 zł	<input type="checkbox"/> 690,00 zł
<b>Osoby towarzyszące</b>	<input type="checkbox"/> 320,00 zł	<input type="checkbox"/> 360,00 zł	<input type="checkbox"/> 360,00 zł	<input type="checkbox"/> 360,00 zł	<input type="checkbox"/> 360,00 zł	<input type="checkbox"/> 400,00 zł	<input type="checkbox"/> 400,00 zł
<b>Bal Lekarzy Rodzinnych</b>	<input type="checkbox"/> Osoba 280,00 zł	<input type="checkbox"/> Para 490,00 zł	<input type="checkbox"/> Osoba 300,00 zł	<input type="checkbox"/> Para 540,00 zł	<input type="checkbox"/> Osoba 350,00 zł	<input type="checkbox"/> Para 600,00 zł	<input type="checkbox"/> Osoba 380,00 zł

\* dla członków KLRwP z opłaconą składką członkowską do 2016 roku włącznie

\*\* po przesłaniu zaświadczenia wystawionego przez Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych

Suma opłat kongresowych

....., -



IMIĘ I NAZWISKO: .....

#### IV. ZGŁASZAM UCZESTNICTWO W PROPONOWANYCH WYCIECZKACH

(wycieczki dodatkowo płatne, podana cena jest kwotą brutto i dotyczy uczestnictwa 1 osoby)

	03 czerwca 2016r. godz. 10:00	03 czerwca 2016r godz. 14:00	04 czerwca 2016r godz. 10:00	04 czerwca 2016r godz. 14:00
Śladami świętokrzyskich czarownic	<input type="checkbox"/> 155,00 zł l.osób:.....			
Katedralne Wzgórze z kielecką historią		<input type="checkbox"/> 135,00 zł l.osób:.....		
W Świętokrzyskim Raju			<input type="checkbox"/> 170,00 zł l.osób:.....	
Noblista i świętokrzyski folklor				<input type="checkbox"/> 140,00 zł l.osób:.....
Święty Krzyż – serce Gór Świętokrzyskich		<input type="checkbox"/> 160,00 zł l.osób:.....		

Suma opłat  
za wycieczki

....., -

#### V. ZGŁASZAM ABSTRAKT ZA POMOCĄ FORMULARZA ON-LINE

TAK  NIE

#### VI. POTWIERDZAM UCZESTNICTWO W UROCZYSTEJ SESJI OTWARCIA KONGRESU W DNIU 02.06.2016 r.

TAK  NIE

#### VII. POTWIERDZAM UCZESTNICTWO W IMPREZIE TOWARZYSZĄCEJ W DNIU 03.06.2016r.

TAK  NIE

#### VIII. ZGŁASZAM UCZESTNICTWO W WARSZTATACH BIEGOWYCH

Uwaga! Liczba miejsc ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń.

❖ WARSZTATY BIEGOWE

Wyrażam chęć uczestnictwa

Rozmiar koszulki (S–XL).....

#### IX. ZGŁASZAM UCZESTNICTWO W DODATKOWYCH KURSACH TEMATYCZNYCH\*

Uwaga! Możliwość wyboru tylko 1 kursu tematycznego!

„Nie” nowotworom u dzieci

TAK

Otoskopia w codziennej praktyce lekarskiej

TAK

Spirometria - praktyczny kurs interpretacji zapisów

TAK

Jak i kiedy leczyć zaburzenia glikemii?

TAK

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa w świetle nowych wytycznych resuscytacji ERC

TAK

Owrzodzenia goleni, odleżyny, stopa cukrzycowa – zastosowanie opatrunków w gojeniu ran

TAK

\* Liczba miejsc ograniczona. Lista dostępnych kursów może się zwiększyć.

#### PODSUMOWANIE – całkowita kwota przelewu

....., -

#### WPLAT NALEŻY DOKONAĆ NA KONTO:

ZiZ Centrum Edukacji, ul. Garbarska 13/3, 31-131 Kraków

mBank S.A. 38 1140 1081 0000 2164 4100 1003

UWAGA!!! Uzpełnioną kartę zgłoszenia uczestnictwa (2 strony)  
wraz z kopią dowodu wpłaty proszę wysłać faxem +12 421 40 50  
lub e-mailem: kongres@zizce.edu.pl