***ZGŁOSZENIE***

**Konferencja szkoleniowa „*Ocena wpływu stosowanych zabiegów w chirurgii i pielęgnacji drzew na ich żywotność i kondycję”***

**20.09-21.09.2019r.**

1.Imię i nazwisko………………………………………………………………………………

2.Adres zamieszkania………………………………………………………………………….

3.Adres do korespondencji……………………………………………………………………

4.Telefon kontaktowy ………………………………………… e-mail………………………..

**Proszę wypełnić czytelnie.**

**W PONIŻSZEJ TABELI PROSZĘ ZAZNACZYĆ „X” TĘ CZĘŚĆ,KTÓRĄ JESTEŚCIE PAŃSTWO ZAINTERESOWANI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ I** | **CZĘŚĆ I i II**  | **KORZYSTANIE Z USŁUG AUTOKARU** | **Pokój jednoosobowy** | **Pokój dwuosobowy** |
|  |  |  |  |  |

**Ankietę zgłoszeniową prosimy przesłać w nieprzekraczalnym terminie do**

**15 sierpnia 2019r.**

Fakturę za udział w **Konferencji szkoleniowej „*Ocena wpływu stosowanych zabiegów w chirurgii i pielęgnacji drzew na ich żywotność i kondycję”***

 **20.09-21.09.2019r**

proszę wystawić na firmę (osobę, instytucję)

 …………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………….

 **NIP:** ………………………………………………………………………………

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Polskie Towarzystwo Chirurgów Drzew – NOT z siedzibą w Szczecinie , ul. Heyki 19/22 , numer KRS 0000045198 w celu realizacji celów statutowych

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

**Oświadczam, że \* (właściwe proszę zakreślić znakiem „X”):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Szkolenie będzie finansowane co najmniej w 70% ze środków publicznych  |
|  | Szkolenie nie będzie finansowane ze środków publicznych  |

**Szkolenie finansowane przynajmniej w 70% ze środków publicznych zwolnione z VAT (art. 43 ust. 1 pkt 29 Ustawy o VAT),koszt szkolenia jest wówczas w cenie netto.**

 …………………………………………

 Podpis osoby zgłaszającej