**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Warsztaty Szkoleniowe ”Profesjonaliści dla drzew”**

**19 Października 2018r. WARSZAWA**

Zgłoszenie wraz z potwierdzeniem przelewu prosimy przesłać najpóźniej  **do 10 października 2018 roku**

Nazwa firmy/instytucji (dane do faktury):

**Nazwa i adres firmy: ..............................................................................**

**Imię i nazwisko uczestnika ..............................................................................**

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

**Adres e-mail: ….............................................................................**

**Telefon kontaktowy: …............................................................................**

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.**

 **…...........................................**

Kierownik jednostki organizacyjnej