

LEAN HEALTHCARE ACADEMY

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane osobowe



Imię

Nazwisko

Stanowisko

Dane kontaktowe

numer telefonu

Adres e-mail

Cena

warsztatu

Proszę o wybranie jednej z poniższych opcji zamówienia i zaznaczenie "x"

☐ **Poziom Inspirator 6 000 PLN NETTO**
☐ **Poziom Inspirator + Lider 12 000 PLN NETTO**☐ **Chcę otrzymać fakturę VAT**

Dane do faktury:

Nazwa firmy

Name

Adres:

Ulica

numer domu / numer lokalu



Kod pocztowy

Miasto

Numer NIP

Niniejszym potwierdzam zamówienie z obowiązkiem zapłaty oraz zapoznanie się z Regulaminem udziału w otwartych warsztatach „Lean Healthcare Academy”

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, art. 9 ust. 2 lit. a 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) Dz. Urz. UE L 119/1, z 4.5.2016 (RODO) przez Lean w Medycynie sp. z o.o.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci podanego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu e-mail przez Lean w Medycynie sp. z o.o. w celu prowadzenia działań marketingowych przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy Prawo telekomunikacyjne.

1. Administratorem danych osobowych jest Organizator;

2. Wymagane prawem informacje na temat przetwarzania przez Organizatora danych osobowych znajdują się w dokumencie Polityki Prywatności <https://leanwmedycynie.pl/polityka-prywatnosci>, z którym Uczestnik ma obowiązek się zapoznać.

Data zgłoszenia

Własnoręczny podpis
osoby zgłaszającej się