**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA CZYNNEGO**

X Majówka z Fizjoterapią

**25-26.05.2017**

Cykliczna Ogólnopolska Konferencja Studenckich Kół Naukowych i Młodych Pracowników Nauki

organizowana przez

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii, Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Zakład Balneoterapii

Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

International Association of Deep Tissue Massage Practitioners

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko: **Kliknij tutaj, aby wpisać imię i nazwisko.**

Stanowisko/tytuł naukowy: **Kliknij tutaj, aby wpisać stanowisko/tytuł naukowy.**

Uczelnia/miejsce pracy: **Kliknij tutaj, aby wprowadzić nazwę uczelni lub miejsca pracy.**

Telefon: **Kliknij tutaj, aby wpisać numer telefonu.**

Adres e-mail: **Kliknij tutaj, aby wpisać adres e-mail.**

Informacje dotyczące pracy:

Temat pracy: **Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.**

Reprezentowana Uczelnia/Jednostka: **Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.**

Nazwa Studenckiego Koła Naukowego: **Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.**

Opiekun naukowy pracy: **Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.**

Opłata konferencyjna:

Wpłatę w wysokości **80,00 zł** (słownie: osiemdziesiąt zł 00/100) należy dokonać na konto: **PKO Bank Polski S.A. Lublin 94 1020 3147 0000 8002 0084 6238** z dopiskiem **Majówka z Fizjoterapią** do dnia 28.04.2017 roku po otrzymaniu potwierdzenia akceptacji pracy.

UCZESTNICTWO W SPOTKANIU INTEGRACYJNYM: **Wybierz element TAK/NIE.**

 UCZESTNICTWO W WARSZTATACH: **Wybierz element TAK/NIE.**

Warunki rezygnacji z uczestnictwa:

1. W przypadku rezygnacji w terminie do 30 dni przed planowaną datą Konferencji, Organizator zwraca pełną opłatę konferencyjną.
2. W przypadku rezygnacji w terminie do 7 dni kalendarzowych przed planowaną datą Konferencji, Organizator pobiera 50% opłaty tytułem zrefundowania poniesionych kosztów organizacji Konferencji.
3. W przypadku rezygnacji po terminie określonym w pkt.2, Organizator nie zwraca opłaty.

Dane do wystawienia faktury\*

(nazwa, dokładny adres oraz NIP podmiotu, na który ma zostać wystawiona faktura; jeśli nabywcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą należy podać imię i nazwisko oraz adres zamieszkania).

**Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.**

*\*osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej wypełnia w przypadku żądania wystawienia faktury VAT*

**Zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu Konferencji Zaznacz X**

Stosownie do art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r., Nr 101 poz. 926 j. t. z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Racławickich 1, 20-059 Lublin moich danych osobowych w zakresie i celu niezbędnym do organizacji konferencji/sympozjum, a także celach archiwalnych i statystycznych.

Posiadam wiedzę o dobrowolności podania danych. Zostałem również poinformowany, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści danych dotyczących mnie, ich poprawiania, modyfikacji oraz skorzystania z innych uprawnień wynikających z ww. Ustawy, a także że dane nie będą przedmiotem sprzedaży ani udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem podmiotów i okoliczności ich ujawnienia przewidzianych przepisami prawa.

 **Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.** **Kliknij tutaj, aby wprowadzić podpis**

*Data i podpis Uczestnika*