**formularz zgłoszeniowy**

**Your Diet, Your Health Conference**

9th September 2016, Sofitel Warsaw Victoria

**Konferencja ‘Your Diet, Your Health’ skierowana jest do dietetyków, żywieniowców i lekarzy zainteresowanych tematem celiakii, glutenu i diety bezglutenowej.**

**Wykłady prowadzone będą w języku angielskim. Uczestnicy otrzymają certyfikaty potwierdzające uczestnictwo w Konferencji.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |   |
| **Nazwisko**  |   |
| **e-mail**  |  |
| **nr telefonu**  |  |
| **Zawód (lekarz, dietetyk, żywieniowiec, inny – jaki?)**  |   |
| **Nazwa i adres miejsca pracy** |  |
| **Chcę otrzymać fakturę - dane do faktury (nazwa instytucji, ulica i numer, kod i miejscowość, nr NIP)** |   |
| **Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Dietetyki z opłaconą składką (TAK lub NIE)** |  |
| **Data wypełnienia formularza**  |    |

**Opłata za udział w Konferencji wynosi 290 zł.**

**Członkowie Polskiego Towarzystwa Dietetyki wnoszą opłatę w wysokości 260 zł.**

W informacji od nas o przyjęciu i potwierdzeniu zgłoszenia zostaną Państwo poproszeni o dokonanie wpłaty na konto Stowarzyszenia.

Prosimy o dokonanie wpłaty w ciągu 7 dni od otrzymania maila z potwierdzeniem zgłoszenia na konto Stowarzyszenia: **36 1020 1169 0000 8502 0105 5615**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:**

Przesyłając niniejszy formularz zgłoszeniowy oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w nim przez Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej (administratora danych) zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 833. Dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie dla celów zorganizowania konferencji AOECS w dniu 9 września 2016 roku i nie będą udostępniane innym odbiorcom. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.