KARTA ZGŁOSZENIOWA

Konferencja edukacyjna  
Postaw na profilaktykę – Program Profilaktyki Chorób Naczyń mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim”

|  |  |
| --- | --- |
| Imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Wykonywany zawód: | lekarz/ka pielęgniarz/ka, ratownik medyczny |
| Nazwa i adres instytucji/organizacji: |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją programu profilaktycznego **„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2018-2020"** przez realizatora Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Podlaski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie oraz Instytucję Pośredniczącą - **Ministerstwo Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15**.

- zgodnie z art. 7 ust. 1 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 (Dz. Urz. L. 119/1, 4/5/2016) i Umową Nr POWR.05.01.00-00-0035/17 na realizację w/w programu.

………………………… ………..………………………

(miejscowość, data) (podpis)