

UWAGA !!!

**27 - 28 maja 2021 kurs specjalizacyjny „Informatyka medyczna”–
Kielce**

Szanowni Państwo,

Informujemy, że w dniach 27-28 maja br. odbędzie się kurs specjalizacyjny „Informatyka medyczna”. Kurs organizowany jest przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach i odbędzie się w formie zdalnej. Zgłoszenia na kurs prosimy przysyłać na adres: kasiabl@onkol.kielce.pl

Serdecznie zapraszamy!

Więcej informacji na stronie [www. onkol.kielce.pl](http://www.onkol.kielce.pl)

Kielce, dnia 26.04.2021r.

Szanowni Państwo,

W dniach 27-28 maja 2021 roku Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach organizuje **kurs online „Informatyka medyczna”**. Szkolenie skierowane jest do fizyków specjalizujących się w zakresie fizyki medycznej.

Cena kursu to to 200 zł + VAT (246 zł brutto).

Jest to kurs organizowany przez ŚCO w formie online, został zarejestrowany w CMKP. Osoby zainteresowane kursem bardzo proszę o wypełnienie załączonego formularza wraz z załącznikami i odesłanie do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii na adres e-mail: kasiabl@onkol.kielce.pl

Ze względu na fakt, iż jesteśmy zobligowani wystawić wszystkim uczestnikom faktury za uczestnictwo w kursie bardzo proszę o podanie danych niezbędnych do wystawienia faktury.

Opłatę rejestracyjną należy dokonać do 14.05.2021r. na podany numer konta:

Świętokrzyskie Centrum Onkologii ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce

Numer konta: 20 1240 1372 1111 0010 8906 8587

W tytule przelewu prosimy wpisać: **Imię i nazwisko. Kurs Informatyka medyczna.**

Wszelkich informacji udzielamy drogą elektroniczną : kasiabl@onkol.kielce.pl bądź telefonicznie: [41/36-74-328](tel:413674328).

Jednocześnie zwracamy się z gorącą prośbą zapoznanie się z klauzulą informacyjną, podpisanie oświadczenia o zapoznaniu się z klauzulą oraz podpisanie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych . Te dwa podpisane dokumenty należy przesłać wraz z formularzem zgłoszeniowym.

Z poważaniem

Organizatorzy

Kurs „ Informatyka medyczna”

27-28 maja 2021 roku

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DANE UCZESTNIKA KURSU:	
IMIE I NAZWISKO:	
PROGRAM SPECJALIZACJI: (proszę zaznaczyć właściwy program specjalizacji)	
2011	2018
MIEJSCE PRACY:	
ADRES DO KORESPONDENCJI:	
KONTAKT:	
TELEFON:	E-MAIL:
DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY:	
NAZWA PLACÓWKI/IMIE I NAZWISKO:	
ADRES	
ULICA:	
MIEJSCOWOŚĆ:	
KOD POCZTOWY:	
NIP:	
UWAGA! W przypadku finansowania kursu ze środków publicznych cena kursu wynosi 200 zł i nie obejmuje VAT. <u>Tu wymagane jest wypełnienie załączonego oświadczenia.</u> W przypadku osób fizycznych do kwoty 200 zł należy doliczyć VAT (246 zł brutto)	

.....
(pieczęć jednostki)

.....
(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że nabyta od **27.05.2021-28.05.2021 roku**
usługa szkoleniowa – szkolenie nt. **"Informatyka medyczna"** mająca
charakter usługi kształcenia zawodowego / przekwalifikowania zawodowego
jest finansowana ze środków publicznych:

- w całości, zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit C ustawy z dnia
11.03.2004 o podatku od towarów i usług (Dz. U. Nr 54 poz. 535 ze
zm.)*
- w co najmniej 70% zgodnie z § 3 ust.1 pkt.14 Rozporządzenia Ministra
Finansów z dnia 6.05.2015r. w sprawie zwolnień od podatku od
towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień
(Dz. U. z 2015r., poz. 736)*

(*formę finansowania proszę zaznaczyć w odpowiednim kwadracie)

.....
(podpis i pieczęć osoby
upoważnionej)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) zwanej RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w **formularzu zgłoszeniowym** w celu realizacji praw i obowiązków spoczywających na Administratorze danych tj. na Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, a w szczególności w **celu przeprowadzenia kursu specjalizacyjnego „Informatyka medyczna”**.

Oświadczam również, że mam świadomość, iż podanie w/w danych osobowych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w każdym czasie, jednak brak ich podania lub brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie lub cofnięcie zgody skutkują brakiem możliwości realizacji umowy.

.....

Podpis osoby wyrażającej zgodę

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH UCZESTNIKÓW SZKOLENIA, KONFERENCJI

Na podstawie art. 13 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), zwanego dalej RODO, informuje, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest: Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, ul. S. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce, Regon: 0012632332.

2. Inspektorem Ochrony Danych jest: Mariusz Wiatr, tel: 41 3674094, e-mail: iod@onkol.kielce.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu organizacji i przeprowadzenia szkolenia/konferencji.

4. Podstawy prawne przetwarzania; umowy, porozumienia oraz zgody (art. 6 ust. 1 lit a. RODO) – wyłącznie w celu wskazanym w treści udzielonej zgody.

5. Dane mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

6. Dane będą przechowywane przez okres określony w szczególnych przepisach prawa/przez okres niezbędny do realizacji umów/w celach na które osoba, której dane dotyczą, wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Dane są przechowywane do momentu wycofania zgody. Zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania przed jego wycofaniem. Wycofanie zgody następuje na wniosek zainteresowanego. Szczegółowe zasady przechowywania danych określono w Jednolitym Wykazie Akt Rzeczowych w ŚCO.

7. Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, prawo wniesienia sprzeciwu, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody prawo do jej cofnięcia w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Posiada Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie narusza przepisy RODO.

8. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

9. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolny, jednak niezbędny do organizacji i przeprowadzenia szkolenia/konferencji. Ich niepodanie może uniemożliwić realizację ww. czynności.

Kielce dnia.....

.....

Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE ZAPOZNANIA Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany/a zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 „RODO”) o treści Klauzuli Informacyjnej o Przetwarzaniu Danych Osobowych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach.

.....

podpis osoby składającej oświadczenie