

Karta zgłoszenia uczestnictwa

Tytuł spotkania: Warsztat „Design Thinking”

Miejsce i data konferencji: Łódź; 17 stycznia 2019 r.

Dane Uczestnika:

Imię i Nazwisko:	
Stanowisko:	
Adres do korespondencji:	
E-mail:	
Telefon kontaktowy:	
Nazwa firmy	
Dane do kontaktu (mail, telefon)	

Regulamin:

1. Zgłoszenie na spotkanie musi zostać potwierdzone podpisaną kartą zgłoszenia przesłaną do Fundacji na adres e-mail: fundacja@misjamedyczna.org.
2. Organizator zastrzega sobie prawo do zmiany daty oraz miejsca konferencji.
3. Organizator może zmienić wcześniej ustalonego prelegenta oraz termin bez potrzeby podania przyczyn.
4. Dopuszcza się zmianę osoby zgłoszonej, po uprzednim poinformowaniu Organizatora.
 - ✓ Akceptuję warunki zawarte w regulaminie Uczestnictwa w Konferencji "Design Thinking", którego organizatorem jest Fundacja Misja Medyczna z siedzibą w Łodzi (90-213) przy ulicy Rewolucji 1905 r. 52 lok. 4
 - ✓ Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu przez Fundację Misja Medyczna z siedzibą w Łodzi (90-213) przy ulicy Rewolucji 1905 r. 52 lok. 4, jako administratora danych osobowych, w celach marketingowych, zgodnie z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa. Zostałem poinformowany o tym, że podanie ww. danych jest dobrowolne oraz, że mam prawo do dostępu do swoich danych, ich poprawiania, a także wycofania udzielonej zgody w dowolnym momencie.
 - ✓ Wyrażam zgodę na fotografowanie oraz filmowanie mojego wizerunku, w tym utrwalanie mojego głosu podczas warsztatu „Design Thinking”, a także na zwielokrotnianie, publikowanie i rozpowszechnianie materiałów zawierających mój wizerunek lub głos, przez Fundację Misja Medyczną oraz partnerów warsztatu, w sposób przez nich wybrany, w tym w sieci Internet, prasie oraz innych mediach oraz innych kanałach komunikacji, wewnętrznych i zewnętrznych, w celach promocyjno-informacyjnych projektu. Zgody udzielam nieodpłatnie i na czas nieokreślony.
- Chcę być informowany e-mailowo o promocjach, materiałach reklamowych i ofertach specjalnych podmiotów współpracujących z Fundacją Misja Medyczna. Zgadzam się na otrzymywanie informacji handlowych wysyłanych przez Fundację Misja Medyczna z siedzibą w Łodzi (90-213) przy ulicy Rewolucji 1905 r. 52 lok. 4 w imieniu własnym lub na zlecenie podmiotów współpracujących z Fundacją Misja Medyczna na wyżej podany adres elektroniczny (e-mail) zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną (DZ.U. z 2002 r. Nr 144, poz.1204)

.....
data i podpis osoby upoważnionej

- ✓ treści obowiązkowe