



.....
data, miejscowość

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(wypełniony formularz proszę przestać na szkolenia@klinikaxp.pl)

TEMAT: Leczenie w KXP – czyli jak usprawnić i zautomatyzować tworzenie wizyt

Termin: **16 kwietnia 2024 / 17 kwietnia 2024** (niepotrzebne skreślić)

godz: **10:00 – 17:00**

Miejsce: **Hotel FOR-REST, ul. Racula – Głogowska 4a, 66-004 Zielona Góra; <https://for-rest.pl>**

Dane uczestnika / uczestników:

Lp	Imię i nazwisko	Adres e-mail	Danie wege

*Podanie adresu email oznacza wyrażenie zgody na przesyłanie ofert / materiałów szkoleniowych

Dane do faktury:

Nazwa firmy / Imię i nazwisko	
Ulica:	
Kod pocztowy, miejscowość	
NIP	
Adres e-mail*	

*Podanie adresu email oznacza wyrażenie zgody na przesłanie faktury za szkolenie drogą elektroniczną

.....
(podpis zgłaszającego, pieczęć firmowa)

Zebrane dane osobowe, a w szczególności imię; nazwisko; adres e-mail; telefon; są przetwarzane na potrzeby realizacji szkoleń organizowanych przez naszą firmę, zgodnie z RODO art. 6 ust. 1 lit. b (przetwarzanie niezbędne do wykonania umowy) i lit. f (prawnie uzasadnione interesy realizowane przez Administratora). Szczegóły polityki prywatności znajdują się po adresem: <https://www.klinikaxp.pl/oprogramie/645-privacy-policy-pl>