FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko:  |  |
| Tytuł/stopień naukowy: |  |
| Jednostka GUMed: |  |
| Dane kontaktowe (e-mail, tel. kont.): |  |
| Nocleg: | TAK/NIE |

**Koszt uczestnictwa: 100 zł**

Poprosimy o uiszczenie opłaty rejestracyjnej w kwocie 100 zł w terminie 14 dni od daty otrzymania potwierdzenia niniejszego zgłoszenia.

Uczestnicy we własnym zakresie pokrywają koszt dojazdu na miejsce Spotkania oraz koszt powrotu, a także ewentualnego parkingu.

Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza **do dnia 22.12.2017 r.** na adres **hciepl@gumed.edu.pl**

Telefony kontaktowe (Biuro ds. Nauki GUMed):

Małgorzata Sokołowska, + 48 58 349 11 58

Barbara Górka, + 48 58 349 11 58

Hanna Cieplińska, + 48 58 349 11 59

*Przesłanie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie przez Organizatora udzielonych mu danych osobowych na potrzeby organizacji Spotkania zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926).*