

III POMORSKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE



„Lekarz Dentysta-
Lekarzem pierwszego kontaktu”
Gdańsk, 16–17.05.2025

ZGŁOSZENIE

Imię i nazwisko

nr Prawa Wykonywania Zawodu (PWZ)

adres e-mail

tel. Kontaktowy.....

dane do faktury (nazwa firmy z dokładnym adresem i nr NIP)

.....

Opłata za udział w konferencji 400 zł

(opłata obejmuje udział w obradach, przerwy kawowe i lunch 16.05. i 17.05.)

Nr konta do wpłaty -OIL w Gdańsku -Santander Bank Polska S.A.

69 1090 1102 0000 0000 1000 4314 z dopiskiem „ opłata za uczestnictwo w Konferencji”

Potwierdzenie wpłaty prosimy przesać na adres : komisjastomatologiczna@oilgdansk.pl

W przypadku rezerwacji noclegów prosimy przesać do hotelu formularz rezerwacji, który można pobrać ze strony www.oilgdansk.pl

Uwaga! W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Konferencji po 30.04.2025 r. zwrot wpłaconej kwoty nie przysługuje

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku z siedzibą: ul. Śniadeckich 33, 80-204 Gdańsk w celu obsługi Konferencji III Pomorskich Spotkań Stomatologicznych 16-17.05.2025 r.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
(data, podpis)

**MIEJSCE: Hotel Novotel Gdańsk Marina
Jelitkowska 20, Gdańsk**