 **XXIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa**

 **Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy**

**Częstochowa 10 – 12 październik 2024 r.**

 **FORMULARZ REJESTRACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DANE UCZESTNIKA**
 |  |
| **IMIĘ**  |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |  |
| **TEL. KONTAKTOWY** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| 1. **DANE DO FAKTURY**
 |  |
| 1. **DANE POBYTU**
 |  |
| **PRZYJAZD** DATA, GODZINA |  |
| **WYJAZD** DATA, GODZINA |  |
| 1. **DANE DOT. ZAKWATEROWANIA**
 |  |
| **HOTEL**  | ARCHE HOTEL CZĘSTOCHOWAul. Oleńki 2042-200 Częstochowa  |
| **POKÓJ 2 osobowy**IMIĘ I NAZWISKO DRUGIEJ OSOBY |  |
| 1. **DANE DOT. OPŁAT**

**Termin: 15.06.2021.** | Konto: Millenium Bank S.A Nr 54 1160 2202 0000 0001 0043 3438Z dopiskiem : konferencja PTM 2024, imię i nazwisko |
| 1. **DANE DOT. INFORMACJI O KONFERENCJI**
 | * strona www Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy [www.pcfs.pl](http://www.pcfs.pl) (zakładka WYDARZENIA – XXIII Konferencja PTM, Częstochowa 2024)
* osoba kont. Adriana Siłka
* tel. kont. 794-402-008
* informacje dot. hotelu :

+48 34 34 74 074rezerwacja@hotelczestochowa.com |
| 1. **DATA ZGŁOSZENIA**
 |  |
| 1. **PODPIS**
 |  |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rejestracji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO)). |