

# Ankieta Zgłoszeniowa

dla uczestnika XV Międzynarodowej Konferencji nt. Chorób Rzadkich  
„Choroby Rzadkie  otwórz serce i umysł”

## Dane uczestnika

**Bardzo prosimy o jak najszybsze przesyłanie ankiety zgłoszeniowej na adres email: [biuro@chorobyrazadkie.pl](mailto:biuro@chorobyrazadkie.pl) .**

Imię i nazwisko uczestnika :	
Tytuł naukowy/stanowisko:	
Instytucja, miejscowość	
Email:	
Telefon komórkowy:	
Data i przewidywana godz. przyjazdu *	godz. +/-
Data i przewidywana godz. wyjazdu *	godz. +/-

\* W celu prawidłowej rejestracji i rezerwacji noclegu i wyżywienia, **bardzo prosimy o precyzyjne wypełnienie tabeli z zaznaczeniem liczby przewidywanych noclegów i godziny przyjazdu i wyjazdu, uchroni to organizatorów od niepotrzebnych wydatków, które ponosi ze środków własnych.**

## Rezerwacja pobytu

Proszę zarezerwować pokój:	jedno osobowy	<input type="checkbox"/>	dwu osobowy	<input type="checkbox"/>	trzy osobowy	<input type="checkbox"/>
----------------------------	---------------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------

## Pokój wspólnie z:

## Proszę o rezerwację pobytu w dniach:

29 czerwca	<input type="checkbox"/>	30 czerwca	<input type="checkbox"/>	1 lipca	<input type="checkbox"/>	2 lipca	<input type="checkbox"/>	3 lipca	<input type="checkbox"/>
nocleg	<input type="checkbox"/>	nocleg	<input type="checkbox"/>	nocleg	<input type="checkbox"/>	nocleg	<input type="checkbox"/>	nocleg	<input type="checkbox"/>
wyżywienie	<input type="checkbox"/>	wyżywienie	<input type="checkbox"/>	wyżywienie	<input type="checkbox"/>	wyżywienie	<input type="checkbox"/>	wyżywienie	<input type="checkbox"/>

*(prosimy o dokładne zaznaczenie przyjazdu i wyjazdu w celu zarezerwowania dla Państwa noclegu).*

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełniania obowiązków doskonalenia zawodowego lekarzy i diagnostów laboratoryjnych uczestnikom konferencji przysługiwać będą punkty edukacyjne. W związku z powyższym bardzo prosimy zaznaczyć:

należę do Naczelnej Izby Lekarskiej	<input type="checkbox"/>	należę do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--	--------------------------

Lekarze, którzy chcą wziąć udział w konsyliach i konsultacjach z pacjentami prosimy o zaznaczenie poniższej rubryki a po przybyciu na konferencję zgłoszenie swojego udziału przy rejestracji.

uczestnictwo w panelach	<input type="checkbox"/>	wyrażam zgodę na prowadzenie konsylium medycznego z udziałem pacjentów i lekarzy	<input type="checkbox"/>
zgłaszam się do konsultacji pacjentów	<input type="checkbox"/>	chcę wziąć udział w konsultacjach	<input type="checkbox"/>

Zarezerwujemy państwu podczas konferencji nocleg i wyżywienie w Ośrodku Szkoleniowym „Allianz” ul. Główna 1, Białobrzegi. Położony nad Zalewem Zegrzyńskim, otoczony lasami i pięknym parkiem, ośrodek stanowi doskonałe miejsce dla osób nastawionych na wypoczynek.

Na gości czekają pokoje 1, 2, 3 osobowe oraz apartamenty, rozmieszczone na trzech kondygnacjach. Pobyt w hotelu rezerwują organizatorzy.

**Zapraszamy Państwa serdecznie**

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29. 08. 1997 r. (Dz. U. z 2002 Nr 101, poz. 926 późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb XV Międzynarodowej Konferencji Chorób Rzadkich.