

Ankieta Zgłoszeniowa

dla uczestnika XIV Międzynarodowej Konferencji nt. Chorób Rzadkich

Dane uczestnika

bardzo prosimy o jak najszybsze przesyłanie ankiety zgłoszeniowej na adres email: biuro@chorobyrzadkie.pl.

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

Prosimy o precyzyjne wypełnienie tabeli z zaznaczeniem liczby przewidywanych noclegów, uchroni to organizatorów od niepotrzebnych wydatków.

Rezerwacja pobytu

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Proszę zarezerwować pokój: | <input type="checkbox"/> | jedno osobowy | <input type="checkbox"/> | dwu osobowy | <input type="checkbox"/> | trzy osobowy | <input type="checkbox"/> | | |
| Pokój wspólnie z: | | | | | | | | | |
| Proszę o rezerwację pobytu w dniach | | | | | | | | | |
| 30 czerwca | <input type="checkbox"/> | 1 lipca | <input type="checkbox"/> | 2 lipca | <input type="checkbox"/> | 3 lipca | <input type="checkbox"/> | 4 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 obowiązku 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"/> | konsylia i konsultacje medyczne dla pacjentów | <input type="checkbox"/> |
| Lekarz konsultujący pacjentów | <input type="checkbox"/> | Lekarz biorący 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.

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 XIV Międzynarodowej Konferencji pt. „Choroby Rzadkie - nasze zadanie”

.....
Podpis osoby zgłaszającej