**ZGŁOSZENIE PRZEZ PODMIOT LECZNICZY**

**SZKOLENIE ON – LINE**

DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W ZAKRESIE PRZETACZANIA KRWI I JEJ SKŁADNKÓW

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wnioskujący Podmiot Leczniczy  (nazwa szpitala ): | | |  | | |
| Lista Osób Przewidzianych do udziału w szkoleniu | | | | | |
| L.P. | **Imię i Nazwisko** | **Adres e-mail uczestnika szkolenia, z którego uczestnik będzie logował się do aplikacji Microsoft Teams** | | **Numer prawa wykonywania zawodu** | **Data ostatniego szkolenia**  **( dotyczy szkolenia uzupełniającego )** |
| 1. |  |  | |  |  |
| 2. |  |  | |  |  |
| 3. |  |  | |  |  |
| 4. |  |  | |  |  |
| 5. |  |  | |  |  |
| 6. |  |  | |  |  |
| 7. |  |  | |  |  |
| 8. |  |  | |  |  |
| 9. |  |  | |  |  |
| 10. |  |  | |  |  |
| 11. |  |  | |  |  |
| 12. |  |  | |  |  |
| 13. |  |  | |  |  |
| 14. |  |  | |  |  |
| 15. |  |  | |  |  |
| 16. |  |  | |  |  |
| 17. |  |  | |  |  |
| 20. |  |  | |  |  |
| 21. |  |  | |  |  |
| 22. |  |  | |  |  |
| 23. |  |  | |  |  |
| 24. |  |  | |  |  |
| 25. |  |  | |  |  |

**WAŻNE !!!** Zgłoszenie należy wypełnić czytelnie i przesłać na adres e-mail : [szkolenia@krwiodawstwo.pl](mailto:szkolenia@krwiodawstwo.pl)

1. KONTAKT DO NACZELNEJ PIELEGNIARKI : ……………………………………….
2. RODZAJ SZKOLENIA: PODSTAWOWE / UZUPEŁNIAJĄCE (niepotrzebne skreślić)
3. TERMIN SZKOLENIA ON- LINE: ………………………….…………………………..

1. Adres e-mail do naczelnej pielęgniarki .……………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Data: | Pieczątka / Podpis  zgłaszającego Podmiotu Leczniczego: |

|  |  |
| --- | --- |
| Proszę dokonać płatności na 10 dni przed planowanym kursem na: | Nr konta : 67 1130 1163 0014 7048 7920 0003 |
| Opłata za kurs podstawowy : 200,00 zł | **Opłata za kurs uzupełniający : 150,00 zł** |

1. Udostępniony przez uczestnika szkolenia adres e-mail będzie jednoznaczny z zapoznaniem się z „ Oświadczeniem Uczestnika Szkolenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych „ , które jest dostępne na stronie internetowej [www.krwiodawstwo.pl](http://www.krwiodawstwo.pl)
2. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi przetwarza dane osobowe w związku z realizacją ciążącego na administratorze obowiązku prawnego (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), w celu realizacji szkolenia wynikającego z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1371 ze zm.). Obowiązek podania danych osobowych jest warunkiem realizacji celów przetwarzania, z zastrzeżeniem, że podanie adresu mailowego, wyrażenie zgody na kontakt za pomocą środków telekomunikacyjnych jest dobrowolne, a niepodanie adresu mailowego uniemożliwi rejestrację i udział w szkoleniu online.
3. Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych dostępna na stronie internetowej RCKiK w Łodzi