

Formularz zgłoszenia (zlecenia) lekarza

Imię i nazwisko:			
Telefon:			
Adres e-mail:			
Data urodzenia: (DD:MM:RRRR)			
Numer wykonywania zawodu			
Dane do FV:			
Nazwa firmy / spółki:			
Adres - kod pocztowy / miejscowość:			
ulica / plac / skwer / numer budynku / nr lokalu:			
NIP:			
Data szkolenia:			
Miejsce szkolenia:			
Lekarz specjalista z ginekologii i położnictwa lub inna specjalizacja (dotyczy Warsztatów z ginekologii estetycznej):			
w trakcie specjalizacji (zaznacz znakiem "X")			
ukończona specjalizacja (zaznacz znakiem "X")			
inna specjalizacja zabiegowa (zaznacz znakiem "X")			
Rodzaj specjalizacji:			
Wybór sekcji (zaznacz znakiem "X"; dotyczy ginekologii plastycznej): Sekcja 1 - teoria Sekcja 2 - teoria + praktyka	Sekcja 1 - koszt 3990 zł		Sekcja 2 - koszt 12 990 zł

Ginekologia estetyczna (zaznacz znakiem "X"):	Cena promocyjna: 6 499 zł		Cena regularna 8 490 zł	
Zawód (dotyczy Warsztatów z medycyny estetycznej):				
Lasery frakcyjne w rewitalizacji skóry	Cena promocyjna: 3 490,00 zł		Cena regularna 4 990,00 zł	
Platforma InMode	Cena promocyjna: 5 490,00 zł		Cena regularna: 7 190,00 zł	
lekarz - podaj specjalizacje i numer wykonywania zawodu (zaznacz znakiem "X")				
kosmetolog - podaj tytuł mgr / lic. oraz rok ukończenia studiów (zaznacz znakiem "X")				
Data wypełnienia: (DD:MM:RRRR)				
Podpis tradycyjny: (czytelnie imię i nazwisko)				
Podpis elektroniczny:				
<i>Kwalifikowany podpis elektroniczny ma skutek prawny równoważny podpisowi własnoręcznemu zgodnie z Rozporządzeniem eIDAS - art.25 ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE.</i>				
Wyślij do:	kontakt@wonderforwomen.pl			
Informacja dotycząca danych osobowych (kliknij obok i sprawdź)	Treść informacji dot. IOD			
Polityka Bezpieczeństwa Danych (kliknij obok i sprawdź)	Treść polityki			
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia wskazanych w formularzu zgłoszeniowym oraz zebranych podczas konsultacji i warsztatów, przez WONDER FOR WOMEN BY DR MARTA WIŚNIEWSKA Sp. z o. o. z siedzibą w Katowicach, jako Administratora danych, na potrzeby przeprowadzenia konsultacji medycznych i warsztatów organizowanych przez WONDER FOR WOMEN BY DR MARTA WIŚNIEWSKA Sp. z o. o. z siedzibą w Katowicach.				TAK / NIE*
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych - danych kontaktowych - wskazanych w formularzu zgłoszeniowym przez WONDER FOR WOMEN BY DR MARTA WIŚNIEWSKA Sp. z o. o., jako Administratora danych w trakcie i po zakończeniu warsztatów w celu przekazania informacji handlowych, marketingowych i promocyjnych dotyczących produktów i usług oferowanych przez WONDER FOR WOMEN BY DR MARTA WIŚNIEWSKA Sp. z o. o.				TAK / NIE*
Administrator informuję, iż wszystkie wyrażone zgody mogą być wycofane w każdym czasie poprzez złożenie oświadczenia o wycofaniu zgody tj. przestanie oświadczenia adres e-mail: iod@wonderforwomen.pl. bądź listownie pod adres: ul. Zielonogórska 7/12, 40-710 Katowice. Wycofanie zgody nie wpływa jednak na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.				

*niepotrzebne skreślić