

IMIE NAZWISKO.....

NUMER LEGITYMACJI.....

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rejestracji, weryfikacji osób biorących udział w konferencji, wystawianie zaświadczeń potwierdzających udział oraz usług księgowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 922). **TAK/NIE**

Oświadczam jednocześnie, iż zostałem poinformowany, że administratorem danych osobowych jest Polskie Stowarzyszenie Techników Elektroradiologii ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie **TAK /NIE**

Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych objętych formularzem jest dobrowolne oraz, że przysługuje mi prawo dostępu do treści powyższych danych oraz prawo ich poprawiania. **TAK /NIE**

Wyrażam zgodę na przesyłania treści marketingowych i informacji związanych z działalnością PSTE na mój adres e-mail podany powyżej w formularzu kontaktowym. **TAK /NIE**

**\*zakreślić właściwe**

Data

.....  
*czytelny podpis*