



**Formularz rejestracyjny/ Registration Form**  
**International Paediatric Conference**  
**May 24-26, 2018, Rzeszów, Poland**

Please fill in the form with BLOCK LETTERS

Please e-mail the scan of the originally signed form to [konferencje@grupamedica.pl](mailto:konferencje@grupamedica.pl), take the original with you and leave it in the Conference Reception during registration process.

**Visitor details:**

Name ..... Surname .....  
title ..... , Company.....  
Position..... mobile ..... e-mail .....

**Details for invoicing purposes:**

Company name .....  
Address ..... postal code ..... town .....  
country ..... tel. .... VAT Reg. ....  
Name of the person responsible for payments: .....  
mobile ..... e-mail .....

**Details for paymet:**

**You can either pay in cash or credit card while registering before the Conference.**

In accordance with the Act on the Protection of Personal Data of 29 August 1997 (Journal of Laws No. 101, item 926) and the Act on the provision of electronic services (Journal of Laws of 2002 No. 144, item 1204 with later amendments). I hereby agree to the processing of my personal data contained in the above form, by the personal data administrator - Grupa Medica sc with its registered office in Łódź at 40 Pomorska Street for the registration process for the conference and issuing an invoice, for providing me with information about training, other forms teaching and current medical reports, aimed at professional development, organized by Grupa Medica sc, and I agree to receive them through electronic media. I am aware of making my voluntary availability of my personal data for the above purposes. In addition, I acknowledge that I have the right to inspect my data, correct it or request to delete it entirely from Grupa Medica database.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. Nr 101, poz. 926) i z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, przez firmy: Grupa Medica s.c., ul. Pomorska 40, 91-408 Łódź (administratora danych osobowych) w celu przekazywania mi informacji dotyczących szkoleń, innych form nauczania oraz aktualnych doniesień medycznych, mających na celu doskonalenie zawodowe, organizowanych przez firmę Grupa Medica s.c. ul. Pomorska 40, 91-408 Łódź oraz wyrażam zgodę na otrzymywanie ich drogą elektroniczną. Jestem świadomy/a dobrowolności udostępnienia moich danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich danych, ich poprawiania, oraz na wyrażne moje żądanie do ich całkowitegousunięcia z bazy danych Grupa Medica sc.

.....  
Date and place,

.....  
Signature