

**Karta zgłoszeniowa do udziału w naukowo-szkoleniowej konferencji „Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu”, która odbędzie się 18 maja 2017 r., w Centrum Dydaktycznym w Auli „A” Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Księcia Trojdena 2 a, 02-109 w godzinach 11-16.**

*Prosimy o czytelne wypełnienie zgłoszenia drukowanymi literami lub pismem komputerowym*

# Imię ……………………………………………………………………………………………………………

# Nazwisko: ..................................................................................................................

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………

Email: …………………………………………………………………………………………………………..

 Na konferencję zgłaszam się jako (proszę podkreślić prawidłowy wybór):

* specjalista psychoterapii uzależnień
* instruktor terapii uzależnień
* osoba ubiegająca się o certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień
* osoba ubiegająca się o certyfikat instruktora terapii uzależnień
* psycholog
* lekarz
* osoba mająca inne kwalifikacje (jakie) ……………………………………………………

**UWAGA!!! Skan karty zgłoszeniowej po dokładnym wypełnieniu należy przesłać w wersji elektronicznej na adres** **agnieszka.tracewska@parpa.pl** **do dnia 07 maja 2017 r. Liczba miejsc jest ograniczona.** Nie przyjmujemy zgłoszeń telefonicznych oraz przesłanych pocztą tradycyjną. W przypadku pytań prosimy o kontakt pod numerem telefonu 022 25-06-337. O zakwalifikowaniu na konferencję decyduje kolejność prawidłowo wypełnionych zgłoszeń. Lista osób zakwalifikowanych zostanie umieszczona na stronie [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) najpóźniej do 12 maja 2017 r. **W przypadku rezygnacji z udziału bardzo prosimy o jak najwcześniejszą informację.**

………………………………………………. ……………………………………………

Data Podpis

**Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Aleje Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa, na potrzebę udziału w konferencji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r. poz. 922). Pragniemy poinformować, iż administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z siedzibą przy ul. Aleje Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa.**

* **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zapewnienia udziału w naukowo-szkoleniowej konferencji „Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu” i nie będą udostępniane innym odbiorcom,**
* **posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,**
* **podanie danych osobowych jest dobrowolne.**

 …………………………………………….

 Podpis