



**Dane płatnika, na którego ma być wystawiona faktura za wniesienie opłaty**

nazwa .....

ulica ..... numer .....

kod ..... miejscowość .....

NIP .....

Telefon i nazwisko osoby kontaktowej, jeśli płatnikiem nie jest osoba zgłaszająca się:

.....

**WARUNKI ZMIAN I REZYGNACJI**

Termin bezkosztowej rezygnacji z zamówionych usług upływa **31 lipca 2010 r.**

Potrącenia umowne od dnia **1 sierpnia 2010 r.:**

Termin rezygnacji	od 1.08.2010 do 15.08.2010	od 16.08.2010 r.
Opłata rejestracyjna	potrącenie 50%	brak refundacji
Program towarzyszący	potrącenie 30%	brak refundacji
Zakwaterowanie	zwrot 75% poniesionego kosztu	brak refundacji

**HOTELE**

**Uczestnikom konferencji proponujemy zakwaterowanie w następujących hotelach:**

**Hotele Zamku Książ\*\*\*** (Wałbrzych, ul. Piastów Śląskich 1)

- Pokój jednoosobowy – 170 zł  
 Pokój dwuosobowy – 260 zł

**Hotel Maria Helena \*\*\*** (Szczawno-Zdrój, ul. Kolejowa 1)

- Pokój jednoosobowy – 180 zł  
 Pokój dwuosobowy – 250 zł

**Hotel Dworzysko\*\*\*** (Szczawno-Zdrój, al. Spacerowa 22)

- Pokój jednoosobowy – 120 zł  
 Pokój dwuosobowy – 240 zł

**Hotel Maria\*\*\*** (Wałbrzych, ul. Wrocławska 134B)

- Pokój jednoosobowy – 180 zł  
 Pokój dwuosobowy – 250 zł

**Hotel Rivendell\*\*\*** (Szczawno-Zdrój, ul. Kościuszki 18)

- Pokój jednoosobowy – 180 zł  
 Pokój dwuosobowy – 225 zł

**Hotel Qubus\*\*\*** (Wałbrzych, ul. Piotra Wysockiego 45)

- Pokój jednoosobowy – 240 zł  
 Pokój dwuosobowy – 340 zł

Podane ceny obejmują koszt 1 noclegu ze śniadaniem i podatkiem VAT

**W przypadku wyczerpania się wolnych miejsc w wybranym hotelu zostanie Państwu zaproponowany inny.**

Data zameldowania: ..... Data wymeldowania:.....

Imię i nazwisko współlokatora (o ile jest już znane):

.....

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (DzU Nr 101, poz. 926) i z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną (DzU z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu przez administratora danych osobowych - firmy: Grupa Medica s.c., z siedzibą w Warszawie przy ulicy Strumykowej 40A/71 oraz Elsevier Urban & Partner, z siedzibą we Wrocławiu przy ulicy ul. Kościuszki 29, w celu przekazywania mi informacji dotyczących szkoleń i innych form nauczania organizowanych przez firmy Grupa Medica s.c. i Elsevier Urban & Partner oraz informacji nt. aktualnych doniesień medycznych, mających na celu doskonalenie zawodowe. Wyrażam zgodę na otrzymywanie ich drogą elektroniczną. Jestem świadoma/y dobrowolności udostępnienia moich danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawiania.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis