**K O M U N I K A T**

**KLINIKA REHABILITACJI**

**INSTYTUTU „POMNIK - CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

uprzejmie zaprasza do udziału w

**SYMPOZJUM "Analiza ruchu - teoria i praktyka w zastosowaniach klinicznych"**

**pod patronatem Polskiego Towarzystwa Biomechaniki**

**w dniu 6 marca 2020 r. (piątek)**

**początek obrad o godz. 9.00, w sali wykładowej IP CZD, F – 119**

Teksty doniesień w języku polskim prosimy przesłać w nieprzekraczalnym terminie do dnia 1 lutego 2020 na adres:

Małgorzata Syczewska lub e-mail: [m.syczewska@ipczd.pl](mailto:m.syczewska@czd.pl) lub [pracownia.ruch@czd.pl](mailto:pracownia.ruch@czd.pl)

Klinika Rehabilitacji

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Al. Dzieci Polskich 20

04-730 Warszawa

natomiast kartę uczestnictwa oraz dowód wpłaty w nieprzekraczalnym terminie do dnia 19.02.2020 r. na adres:

Anna Drewsnowska lub e-mail: [a.drewnowska@ipczd.pl](mailto:a.drewnowska@ipczd.pl)

Sekretariat Zastępcy Dyrektora ds. Nauki

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Al. Dzieci Polskich 20

04-730 Warszawa

Koszt uczestnictwa w Konferencji wynosi 70,00 zł.

Wpłaty za uczestnictwo powinna dokonać osoba, na którą będzie wystawiona faktura (os. fizyczna, os. prawna lub jednostka nieposiadająca osobowości prawnej) na konto:

**BRE BANK 70 1140 1010 0000 4356 9500 1001   
z dopiskiem „Analiza ruchu – teoria i praktyka w zastosowaniach klinicznych”**

**Instytut Pomnik CZD jest zobowiązany do wystawienia faktury za otrzymaną wpłatę.**

***Jednocześnie informujemy, że nie będzie możliwości dokonania wpłaty w sekretariacie konferencji!***

**Klinika Rehabilitacji**

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Małgorzata Syczewska

Prof. AWF dr hab. n.med. Małgorzata Łukowicz

Zgłaszam uczestnictwo w

**SYMPOZJUM "Analiza ruchu - teoria i praktyka w zastosowaniach klinicznych"**

**w dniu 6 marca 2020 r.**

w Warszawie, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”

Al. Dzieci Polskich 20 w sali wykładowej F – 119

*(prosimy o wypełnienie* ***pismem drukowanym*** *i zwrot do dnia 19 lutego 2020 r.)*

Imię i nazwisko, tytuł naukowy ....................................................................................................

Miejsce pracy ...............................................................................................................................

Adres do korespondencji:

kod pocztowy..................................miejscowość..........................................................................

ul. ........................................................................ nr domu ............. nr lokalu .............................

telefon .......................................... fax ................................... e-mail ...........................................

**Fakturę proszę wystawić na (pole obowiązkowe**):

....................................................................................................................................................

*(dokładna nazwa płatnika)*

................................................. ..................................................................................................

*(kod pocztowy i miejscowość, ulica)*

..............................................................

*(nr NIP płatnika)*

*Brak danych płatnika (osoby, na którą należy wystawić fakturę), będzie jednoznaczne ze wskazaniem na uczestnika konferencji.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” na potrzeby związane z przekazywaniem informacji dotyczących kursów, sympozjów, konferencji i zjazdów naukowych.

Niniejsza zgoda obejmuje również przekazywanie moich danych także innym podmiotom, jednakże jedynie na potrzeby związane z w/w celem.

***....................................***

podpis