

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**  
**na Warsztaty dla pacjentów z Pierwotną Dyskinezą Rzęsek**  
**organizowane 15 września 2018 r.**  
**w siedzibie Międzynarodowego Instytutu**  
**Biologii Molekularnej i Komórkowej, ul. Trojdena 4, Warszawa**

Zgłoszenia przyjmujemy **do 7.09.2018 r.**

na adres e-mail: [biuro@ptdr.org.pl](mailto:biuro@ptdr.org.pl)

lub listownie na adres: Rusłana Słowik, ul. H. Ordonówny 21B/56, 03-139 Warszawa

(w razie pytań, prosimy o kontakt tel. 506 984 720)

Zgłoszenie elektroniczne może być bez podpisu (w takim przypadku podpis trzeba będzie uzupełnić w trakcie rejestracji przed warsztatami)

.....  
imię i nazwisko uczestnika szkolenia

.....  
adres zamieszkania (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

.....  
nr telefonu

.....  
adres e-mail

.....  
wiek chorego

Kim jesteś?:

**chory**

**członek rodziny/opiekun osoby chorej**

.....  
data i podpis

Osoby chore biorą udział w warsztatach na własną odpowiedzialność. Organizatorzy nie są w stanie zapewnić izolacji chorych od siebie, co może skutkować potencjalnym zakażeniem pomiędzy chorymi.

***Polskie Towarzystwo Dyskinezy Rzęsek nie zapewnia zwrotu kosztów dojazdu na warsztaty.***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Dyskinezy Rzęsek z siedzibą w Rabce-Zdrój, w celach wynikających z organizacji Warsztatów, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000 z dnia 2018.05.24).

.....  
data, podpis