



ЕВРОПЕЙСКА ШКОЛА ПО КЛИНИЧНА ХОМЕОПАТИЯ

ЗАЯВКА ЗА ЗАПИСВАНЕ В КУРС ПО КЛИНИЧНА ХОМЕОПАТИЯ

Трите имена:

УИН:; Специалност:

GSM:.....; E-mail:

Служебен адрес:

.....

**През академичната 2022-2023 г. модул 1 ще се провежда в следните градове:
София; Бургас и Стара Загора**

Бих желал/а да се запиша в:

София

Бургас

Стара Загора

ДАННИ ЗА ФАКТУРА (ако желаете да бъде издадена такава)

NB! Съгласно законовите изисквания, за да се издаде фактура на името на фирма, плащането трябва да е направено от банковата сметка на фирмата и документите, изпратени до 3 (три) дни след превода.

Фирма:.....

ЕИК/Булстат:.....; МОЛ:

НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ЗАПИСВАНЕ:

- Попълнена заявка за записване
- Декларация за съгласие за обработка и съхранение на личните Ви данни (на гърба на заявката)
- Копие на Вашата диплома за висше медицинско/фармацевтично образование (само за тези, които не са посочили УИН)
- Копие от платежното нареждане за внесена такса (192 лв. за лекари и 165 лв. за фармацевти и медицински специалисти)

NB! Документите се изпращат с писмо на адрес: гр. София 1408, ж.к. „Южен парк“, бл. 29, вх. Б, офис 1 **или** по имейл на: info@clinicalhomeopathy.eu

Срок за записване: 30 септември 2022г.

web: www.clinicalhomeopathy.eu, e-mail: info@clinicalhomeopathy.eu

тел.: 02 9681912; 0884 058 885; 0888 148 912; 0887 253 389

гр. София, П.К. 1408, кв. „Южен парк“ бл. 29, вх. Б, офис: 1



ЕВРОПЕЙСКА ШКОЛА ПО КЛИНИЧНА ХОМЕОПАТИЯ

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ

Аз, долу подписаният/ната.....
с настоящото изразявам и потвърждавам съгласието си Европейска школа по клинична хомеопатия ООД с ЕИК: 201664691, („Администратор“) да обработва следните мои данни: три имена, УИН, адрес, e-mail, телефон, данни за издаване на фактура за целите на провежданото обучение, неговата акредитация и издаването на удостоверение за неговото завършване, както и с цел информирание за събития, които биха представлявали интерес за курсистите (професионални срещи и др.)

Личните данни се обработват в съответствие с изискванията на Европейския съюз и местното законодателство.

Лично предоставям личните си данни на Администратора. Информиран съм, че имам правото по всяко време да изисквам актуализация на личните ми данни, информация относно ползването на личните ми данни, както и да оттегля съгласието, предоставено с настоящото, и да изисквам изтриване на личните ми данни, като мога да упражня тези и всички останали права по глава 3 от РЕГЛАМЕНТ (ЕС) 2016/679 НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И НА СЪВЕТА от 27 април 2016 г., чрез подаване на Молба до Администратора в този смисъл.

Данни за контакт с Администратора:

Лице за контакт: Елизабета Крумова

Тел.: 02/ 968 19 12

Адрес: ж.к. Южен парк, бл. 29, вх. Б, офис 1

Дата:Г.

Гр.

.....

[Подпис]

web: www.clinicalhomeopathy.eu, e-mail: info@clinicalhomeopathy.eu

тел.: 02 9681912; 0884 058 885; 0888 148 912; 0887 253 389

гр. София, П.К. 1408, кв. „Южен парк“ бл. 29, вх. Б, офис: 1