**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko uczestnika, tytuł/stopień naukowy

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………….

afiliacja

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

e-mail

Niniejszym zgłaszam udział **czynny** / **bierny\*** w 61. Dniu Klinicznym Parazytologii Lekarskiej.

Tytuł doniesienia: ...........................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

tytuł doniesienia w języku polskim i angielskim

***W przypadku udziału czynnego w 61. Dniu Klinicznym Parazytologii Lekarskiej przesłanie wypełnionego formularza zgłoszeń jest jednocześnie potwierdzeniem, w imieniu wszystkich autorów doniesienia, zgody na opublikowanie streszczenia zgłoszonego wystąpienia w Książce Abstraktów.***

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu przez Komitet Organizacyjny 61. Dnia Klinicznego Parazytologii Lekarskiej w celu rejestracji oraz przygotowania materiałów zjazdowych i oświadczam, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania oraz żądania ich usunięcia, jak również prawie do wycofania zgody w dowolnym czasie.*

………………………………………………………………………..

 podpis