

„Physiotherapy Review”
Kwartalnik Krajowej Izby Fizjoterapeutów
adres redakcji:
Plac Stanisława Małachowskiego 2
00-066 Warszawa
e-mail: dalia.woznica@kif.info.pl
tel: 602183744

**FORMULARZ ZAMÓWIENIA WYDANIA
KWARTALNIKA „PHYSIOTHERAPY REVIEW” W WERSJI PAPIEROWEJ**

DANE ZAMAWIAJĄCEGO:			
Nazwa instytucji			
Adres	ulica, nr domu, numer lokalu	kod pocztowy	miescowosc
Adres do wysyłki	ulica, nr domu, numer lokalu	kod pocztowy	miescowosc
DANE ODBIORCY FAKTURY:			
Nazwa instytucji			
Adres	ulica, nr domu, numer lokalu	kod pocztowy	miescowosc
Instytucja jest płatnikiem VAT	<input type="checkbox"/> TAK	NIP:	<input type="checkbox"/> NIE
DANE OSOBY KONTAKTOWEJ:			
Imię i nazwisko			
tel.			
adres e-mail			

ZAMAWIAM NASTĘPUJĄCE NUMERY KWARTALNIKA Physiotherapy Review:

Liczba egz.*

	„Physiotherapy Review” 1/2022
	„Physiotherapy Review” 2/2022
	„Physiotherapy Review” 3/2022
	„Physiotherapy Review” 4/2022

* Powyżej prosimy o wpisanie liczby zamawianych egzemplarzy

- Koszt jednego numeru Kwartalnika „Physiotherapy Review” wynosi 50 zł (słownie złotych: pięćdziesiąt).
- Koszt prenumeraty rocznej (czterech numerów) Kwartalnika „Physiotherapy Review” wynosi 200 zł (słownie złotych: dwieście)
- W cenę wliczone są koszty wysyłki na terenie Polski.
- W przypadku wysyłki poza granice Polski prosimy o kontakt z Redakcją, w celu potwierdzenia kosztu przesyłki.
- Zamówione numery Kwartalnika zostaną wysłane w terminie **do dnia 31 marca 2023 r.**

PŁATNOŚCI:

Płatności za zamówione numery Kwartalnika „Physiotherapy Review” należy dokonać przelewem na następujący rachunek bankowy:
Krajowa Izba Fizjoterapeutów

Bank: **ING Bank Śląski S.A.**

Nr rachunku: **20 1050 1012 1000 0090 3114 5668**

W tytule przelewu prosimy wpisać: Medycyna Manualna wydanie papierowe, numer _____, nazwa instytucji.

W razie pytań prosimy o kontakt z redakcją pod numerem telefonu: 602183744 lub na adres e-mail: dalia.woznica@kif.info.pl

Wypełniony formularz prosimy przestać e-mailem na adres: redakcja@physiotherapy.review

ZGODA NA OTRZYMYWANIE FV ELEKTRONICZNYCH/FAKTUR BEZ PODPISU

Oświadczenie odbiorcy faktury:

1. Działając na podstawie art. 106n ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2020 r. poz. 106 t.j., z późn. zm.) akceptuję stosowanie przez wystawcę faktury elektronicznej:
 - faktury VAT
 - duplikatu faktury VAT
 - korekty faktury VAT
 - noty korygującej.
2. Zobowiązuję się przyjmować faktury, o których mowa w pkt.1 niniejszego oświadczenia, w formie papierowej w przypadku, gdy przeszkody techniczne lub formalne uniemożliwiają przesłanie faktur drogą elektroniczną.
3. Proszę o przesyłanie faktur drogą mailową na podany poniżej adres e-mail.

Adres e-mail:

4. W razie zmiany adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o nowym adresie w terminie 7 dni roboczych od zaistnienia zmiany.

_____ miejscowość i data

_____ pieczętka firmowa
czytelny podpis

ZGODY MARKETINGOWE

1. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Krajowej Izby Fizjoterapeutów komunikacji marketingowej, której celem jest informowanie o bieżących działaniach Izby, promowanie działalności fizjoterapeutów, a także cykliczne informowanie o nowościach, ankietach i innych wydarzeniach dotyczących KIF, przy wykorzystaniu:

- adresu e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)
- numeru telefonu (otrzymywanie wiadomości sms, mms oraz połączeń przychodzących)

2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Krajowej Izby Fizjoterapeutów komunikatów marketingowych obejmujących usługi oferowane przez współpracujące z Izbą podmioty trzecie, w szczególności poprzez przesyłanie specjalnych ofert dedykowanych w zakresie zniżek oraz promocji danego podmiotu współpracującego, przy wykorzystaniu:

- adresu e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)
- numeru telefonu (otrzymywanie wiadomości sms, mms oraz połączeń przychodzących)

_____ miejscowość i data

_____ pieczętka firmowa
czytelny podpis

Jako administrator danych osobowych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie przy pl. Stanisława Małachowskiego 2, 00 – 066 Warszawa (dalej: KIF), informuje, że przetwarza dane osobowe pozyskane w ramach wypełnienia niniejszego formularza w celu umożliwienia złożenia zamówienia wydania kwartalnika „Physiotherapy Review” oraz dokonania rozliczenia płatności, w tym wystawienia faktury, w zakresie obejmującym następujące dane: nazwa instytucji, adres oraz adres do wysyłki, numer NIP (w przypadku faktury), dane osoby kontaktowej (imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail). Podanie danych jest dobrowolne, jednakże konieczne dla celów realizacji zamówienia. Dane będą przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji zamówienia a następnie przez okres obejmujący ewentualne dochodzenie roszczeń z tytułu prowadzonej działalności lub obrony przed nimi a także przez okres wynikający z przepisów podatkowych. Dostęp do danych posiadają mogą podmioty wspierające KIF w prowadzeniu codziennej działalności, pracujące w imieniu i na jej rachunek, w tym dostawcy zaopatrujący w niezbędne rozwiązania techniczne i organizacyjne (m.in. systemy informatyczne, doradztwo prawne). W związku tym, dane mogą być przekazywane poza teren Unii Europejskiej, jednakże każdorazowo KIF zapewnia, że odbywać się to będzie z uwzględnieniem przepisów prawa i w oparciu o stosowną umowę powierzenia, zawierającą standardowe klauzule umowne. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo złożenia wobec KIF sprzeciwu co do przetwarzania danych i prawo do przenoszenia danych do innego administratora danych. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych. W przypadku pytań lub potrzeby uzyskania dodatkowych informacji prosimy o kontakt z naszym Inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: iod@kif.info.pl.