

„Physiotherapy Review”  
Kwartalnik Krajowej Izby Fizjoterapeutów  
adres redakcji:  
Al. Jerozolimskie 93, 02-001 Warszawa  
E-mail: redakcja@physiotherapy.review  
tel: 602183744

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

DANE ZAMAWIAJĄCEGO:			
Nazwa instytucji			
Adres	ulica, nr domu, numer lokalu	kod pocztowy	mięscowość
Adres do wysyłki	ulica, nr domu, numer lokalu	kod pocztowy	mięscowość
DANE ODBIORCY FAKTURY:			
Nazwa instytucji			
Adres	ulica, nr domu, numer lokalu	kod pocztowy	mięscowość
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” 1/2023
	„Physiotherapy Review” 2/2023
	„Physiotherapy Review” 3/2023
	„Physiotherapy Review” 4/2023

\* 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 2024 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: Physiotherapy Review, wydanie papierowe, numer \_\_\_\_\_, nazwa instytucji.

W razie pytań prosimy o kontakt z redakcją pod numerem telefonu: 602183744 lub na adres e-mail: redakcja@physiotherapy.review

Wypełniony formularz prosimy przesać 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.

\_\_\_\_\_  
miejsowość 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)

\_\_\_\_\_  
miejsowość i data

\_\_\_\_\_  
pieczętka firmowa  
czytelny podpis

Jako administrator danych osobowych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie przy Warszawa Al. Jerozolimskie 93, 02-001 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 posiadac 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 z 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](mailto:iod@kif.info.pl).