**FORMULARZ ZAMÓWIENIA PUBLIKACJI**

**pt. *Środki ochrony indywidualnej układu oddechowego, oczu, twarzy, głowy  i słuchu oraz maski medyczne. Suplement do Raportu z badania rynku***

**Aby złożyć zamówienie proszę przesłać wypełniony i podpisany formularz na adres:** ***kancelaria@ciop.pl***

**Publikacja zostanie dostarczona w formacie PDF drogą e-mailową na adres osoby zamawiającej, po opłaceniu faktury proforma.**

Autorem publikacji są pracownicy Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego (dalej: CIOP-PIB) z siedzibą przy ul. Czerniakowskiej 16, 00-701 Warszawa, o numerze NIP 525-000-82-70. Faktura z tytułu realizacji niniejszego zamówienia zostanie wystawiona przez CIOP-PIB.

**Koszt suplementu do raportu to 300 zł + 5% VAT**

Publikacja ma charakter jedynie poglądowy i nie może być traktowana jako usługa doradztwa. CIOP-PIB nie ponosi odpowiedzialności za skutki wykorzystania informacji zawartych w ww. publikacji, a w szczególności z tytułu jakiejkolwiek decyzji lub działania podjętego lub zaniechanego na podstawie tych informacji.

Suplement do Raportu z badania rynku chroniony jest prawami autorskimi – każdorazowe publikowanie całości lub części treści tego materiału wymaga pisemnej zgody CIOP-PIB oraz informacji o źródle prezentowanych danych.

**DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY:**

**Nazwa firmy /zamawiającego/**

|  |
| --- |
|  |

**Adres siedziby:/ulica i numer, miejscowość i kod pocztowy/**

|  |
| --- |
|  |

**Numer NIP**

|  |
| --- |
|  |

**Imię i nazwisko zamawiającego**

*(podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, jednak ich brak uniemożliwi wykonanie zamówienia)*

|  |
| --- |
|  |

**Telefon**

|  |
| --- |
|  |

**E-mail:**

|  |
| --- |
|  |

**Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych**

* \*) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu zakupu Suplementu do Raportu z badania rynku zgodnie z Ogólną klauzulą informacyjną dla klientów
Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego, zamieszczoną na stronie internetowej Instytutu pod adresem [*https://www.ciop.pl/klauzula\_RODO*](https://www.ciop.pl/klauzula_RODO)
* Wyrażam zgodę na przesyłanie na podany przeze mnie adres e-mail bezpłatnego newslettera „Bezpieczeństwo i  zdrowie w pracy” ([*www.ciop.pl/newsletter-bhp*](http://www.ciop.pl/newsletter-bhp)*)*;
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez CIOP-PIB moich danych osobowych w celach marketingowych.

\*) Zaznaczenie zgody jest wymagane, aby dokonać zakupu.

**Miejsce i data złożenia zamówienia**

|  |
| --- |
|  |

**Podpis osoby zamawiającej**

|  |
| --- |
|  |