

DEKLARACJA CZŁONKA KZP

przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej - Zakładzie Leczenia Uzależnień w Charcicach, (zwaną dalej KZP).

Dane osobowe członka KZP

Imię (imiona) i nazwisko:

Dane osobowe osoby uprawnionej do otrzymania wkładu członkowskiego w razie śmierci członka KZP:

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

WYRAŻENIE ZGODY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej „RODO” lub ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych), **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a**

Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest KZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w KZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP takim jak np.: poczta, bank, kancelarie prawne, dostawcy systemów informatycznych. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu. Mam prawo do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w KZP.

Wyrażam również zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2002 Nr 144 poz. 1204, tekst jednolity: Dz. U. 2020 poz. 344 z późn.zm.).

.....
(Dnia)

.....
(Własnoręczny czytelny podpis)