SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach

im. św. Jana Pawła II

Ul. M. Karłowicza 40, 48-340 Głuchołazy

Kontakt: inż. Anna Cwyl  
tel.: 77 40 80 163

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**NA KURS „REHABILITACJA OSÓB PO PRZEBYTYM COVID-19”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko, stanowisko | | | | | |
|  | | | | | |
| **DANE FIRMY/INSTYTUCJI/SZPITALA**  Nazwa: | | | | | |
|  | | | | | |
| Adres: | | | | | |
|  | | | | | |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość | | | |
|  |  |  | | | |
| NIP: | | | |  | fax: |
|  | | | |  |  |
| e-mail: | | | |  | telefon: |
|  | | | |  |  |
| Oświadczam, że:   1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb przeprowadzenia kursu oraz przyjmuje do wiadomości, że:  * Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II, ul. M. Karłowicza 40, 48-340 Głuchołazy, tel.: 77 40 80 155. * Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: iod@szpitalmsw-glucholazy.pl * Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji kursu „Rehabilitacja osób po przebytym COVID-19” na podstawie wyrażenia zgody oraz umowy. * Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane producentom i firmom serwisującym oprogramowanie oraz operatorowi pocztowemu. * Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego,  w którym zakończono realizację kursu. * Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. * Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych. * Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem realizacji kursu. Jest Pani/Pan zobowiązana/ny do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości uczestnictwa w kursie.  1. Akceptuję „Regulamin warunków uczestnictwa w kursach i warunki rezygnacji”(Szczegóły - strona internetowa SP ZOZ Szpital Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach).   Miejscowość, data: | | | | | |
|  | | |  | ............................................................................................................................. | |
| podpis zgłaszającego | | | | | |