

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 przebytych 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.
2. Akceptuję „Regulamin warunków uczestnictwa w kursach i warunki rezygnacji” (Szczegóły - strona internetowa SP ZOZ Szpital Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach).

Miejscowość, data:

.....

podpis zgłaszającego