

Klauzula zgody

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych określonych w aktualnie obowiązujących regulaminach wewnętrznych, do celów rozpatrzenia wniosku o:

- Refundacja kosztów udziału w wydarzeniach edukacyjnych organizowanych przez WIL, określanych przez Radę na każdy kolejny rok kalendarzowy do 15 grudnia roku poprzedzającego
- refundację kosztów kształcenia dla lekarzy stażystów i lekarzy stażystów dentystów

.....
(Czytelny podpis)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wielkopolska Izba Lekarska z siedzibą w Poznaniu przy ul. Nowowiejskiego 51, którą reprezentuje Prezes.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Katarzyna Michalska admin@wil.org.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla potrzeb rozpatrzenia złożonego wniosku - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz wewnętrznych, aktualnie obowiązujących regulaminów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, operatorzy pocztowi i kurierzy, firmy wspierające obsługę informatyczną oraz świadczące usługi archiwizacyjne.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
- 6) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 7) Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
- 8) Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
- 9) Administrator podejmuje czynności związane ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, tj. o profilowaniu w celu przesyłania informacji do skonkretyzowanych specjalności lekarskich, za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Doręczanie dokumentów drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę na doręczanie mi przez Wielkopolską Izbę Lekarską informacji podatkowych, w szczególności formularzy PIT, w formie elektronicznej na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej.

Oświadczam, że wskazany adres e-mail jest aktualny i przeznaczony do korespondencji w sprawach związanych z realizacją umowy / udzieleniem pomocy socjalnej / udzieleniem pomocy materialnej*.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Wielkopolskiej Izby Lekarskiej o każdej zmianie adresu poczty elektronicznej.

Przyjmuję do wiadomości, że dokumenty będą przekazywane w formie zaszyfrowanych plików, zabezpieczonych indywidualnym hasłem.

Data i podpis:

*niepotrzebne skreślić