



DEKLARACJA

Zgłaszam swój udział w wykładach Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku
w Śląskiej Izbie Lekarskiej w roku akademickim 2019/2020

Nazwisko	
Imię	
Adres zamieszkania	Miasto:
	Kod pocztowy:
	Ulica, nr:
 Telefon	
 Adres e-mail	
Zainteresowania:	

.....
data, podpis

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku i akceptuję jego postanowienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia rekrutacji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu dydaktycznego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu w celach marketingowych Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, organizowanego przez Śląską Izbę Lekarską w Katowicach (zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997 roku (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 92 z późn. zm.).

Zostałem poinformowany/a o prawie dostępu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania oraz o tym, że:

- Administratorem danych jest Śląska Izba Lekarska z siedzibą w Katowicach ul. Grażyńskiego 49a.
- Przysługuje mi prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych, o których mowa w szczególnych przepisach prawnych.
- Istnieje możliwość wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uzna Pani/Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
- Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować na adres: Śląska Izba Lekarska ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice.

Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na fotogramach, wykonanych podczas zajęć w ramach Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Mam świadomość, że fotogramy zostaną użyte w materiałach promocyjnych i informacyjnych Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji drogą mailową o przedsięwzięciach organizowanych przez ŚIL, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach oraz instytucje współpracujące.

.....
data, podpis