



Deklaracja przystąpienia do Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia - Medycy Nadziei

Ja, niżej podpisany(a)

(imię i nazwisko kandydata na członka SOZMN)

proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia - Medycy Nadziei (w skrócie SOZMN) z siedzibą w Siemianowicach Śląskich przy ul. Fitznerów 1, 41-100 Siemianowice Śląskie.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia regulaminu SOZMN, cele i zadania SOZMN. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania, aktywnego uczestnictwa w działalności SOZMN, sumiennego wypełniania uchwał władz, regularnego opłacania składek członkowskich (10zł/miesiąc), a nadto zobowiązuje się strzec godności członka SOZMN. Poniżej przedstawiam moje dane osobowe (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI):

1. Imię i nazwisko:

2. Numer telefonu:

3. E-mail :

4. Numer PESEL:

5. Adres zamieszkania:

6. Województwo:

7. Wycuczony zawód:.....

8. Placówka medyczna, w której pracuję
– nazwa placówki:

9. Co mogę zrobić dla Stowarzyszenia?
.....
.....

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej deklarację)

Stosownie do postanowień art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r., wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszej deklaracji w celu uzyskania członkostwa w Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia „Medycy nadziei” z siedzibą w Siemianowicach Śląskich oraz dalszego ich przetwarzania przez SOZMN dla realizacji jego celów regulaminowych, w tym ich umieszczenia w bazach danych SOZMN.

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej deklarację)

Stosownie do postanowień ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2017, poz. 1219 ze zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w niniejszej deklaracji, w formie elektronicznej oraz w celu bieżącej korespondencji ze Stowarzyszeniem Ochrony Zdrowia „Medycy Nadziei” z siedzibą w Siemianowicach Śląskich

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej deklarację)

¹ Emeryci i renciści wpisują ostatnią placówkę, w której byli zatrudnieni.



ZGODA

Szczegółowe informacje na temat przetwarzania Pani/ Pana danych osobowych znajdują się na stronie internetowej www.medycynadziei.pl/polityka-privatnosci. Dane osobowe przetwarzane będą w celach promocyjnych Administratora poprzez publikację i rozpowszechnianie zdjęć i filmów z wydarzeń organizowanych przez Administratora lub w których członkowie Stowarzyszenia biorą udział:

1. na stronie internetowej Administratora: TAK / NIE²
2. w siedzibie Administratora (tablice, gablotki): TAK / NIE²
3. w siedzibie Administratora (infokiosk): TAK / NIE²
4. w publikacjach książkowych: TAK / NIE²
5. w prasie: TAK / NIE²
6. na portalu społecznościowym: TAK / NIE²

Wyrażam zgodę na przetwarzane moich danych osobowych w zakresie:

wizerunek: TAK / NIE²

brzmienie głosu: TAK / NIE²

Wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne. Zgoda wyrażona jest do momentu jej wycofania i obejmuje wielokrotne rozpowszechnianie wizerunku poprzez publikację zdjęć przez Administratora w wersji papierowej i elektronicznej w celach promocyjnych. Dane będą przetwarzane na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz na podstawie art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych). Odbiorcami danych osobowych w zależności od udzielonych zgód będą wszystkie osoby przeglądające materiały promocyjne Administratora oraz odwiedzające stronę internetową Administratora. Zgoda jest ważna bezterminowo, do momentu otrzymania pisemnego odwołania zgody. Wycofanie zgody będzie możliwe w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Ma Pani/Pan prawo do żądania: dostępu do danych osobowych, kopii przetwarzanych danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji lub profilowania. Dane mogą być przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy, przekazywanie to jednak odbywa się do państw zapewniających odpowiedni stopień ochrony, zgodnie z wymogami RODO.

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis)

UWAGA

Podpisaną deklarację proszę nadać listownie na adres:

Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia - Medycy Nadziei, 43-430 Skoczów, ul. Mickiewicza 14, skr. poczt. nr 34

² zaznaczyć właściwe