

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana(y).....

PESEL: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez administratora danych: Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa przy Związku Nauczycielstwa Polskiego Oddział w Sosnowcu, moich danych osobowych dotyczących danych adresowych i zdrowia, a także danych zawartych w informacjach przekazywanych przez placówki medyczne lub lekarzy i inne podmioty lub osoby w procesie obsługi.

Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji usługi.

Zapoznałam (em) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, jak również o prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

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

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa przy Związku Nauczycielstwa Polskiego Oddział w Sosnowcu, ul. Warneńczyka 9, 41-200 Sosnowiec,
2. kontakt z inspektorem Ochrony Danych – [pkzp\\_sosnowiec@interia.pl](mailto:pkzp_sosnowiec@interia.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 10 lat
6. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis)

---