**Oświadczenia o wyrażeniu zgody na udostępnianie i przetwarzanie danych osobowych**

PEŁNA NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY ………………………………………………………………

Adres: …...........................................................................................................................................

Kod pocztowy, Miasto:……………………………………………………………………………………...

Telefon/ Fax:…………………………………………………………………………………………………

E-mail:………………………………………………………………………………………………………..

Kod świadczeniodawcy.....................................................................................................................

Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania ……….……………………………………

Telefon komórkowy ………………………………………………………………………………………..

E-mail ………………………………………………………………………………………………………..

……………………….. ……………………………

Miejscowość, data Podpis, pieczątka

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) przez administratora danych – związek pracodawców „Pracodawców Zdrowia“, mieszczących się przy ul. Fabrycznej 10, 53-609 Wrocław. Dane będą przetwarzane dla realizacji celów statutowych związku, które są mi znane, w tym dla zapewnienia kontaktu ze mną drogą elektroniczną, przez okres przynależności do związku, co niniejszym akceptuję.

Dane będą udostępniane:

- „Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie“ z siedzibą w Zielonej Górze 65-048 Al. Niepodległości 16 pok.10 oraz

- ”Konfederacji Lewiatan“ z siedzibą w Warszawie 00-727 ul. Zbyszka Cybulskiego 3

w celu realizacji celów statutowych tych organizacji, których „Pracodawcy Zdrowia” są członkiem.

Mam prawo dostępu do danych, ich poprawiania, usunięcia, przenoszenia, sprzeciwu wobec wykorzystania lub składania skargi do organu nadzorczego.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne dla zrzeszania się w związku (brak zgody oznacza brak dostępu do pomocy oferowanej przez związek).

..................................................................

data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa

* Wyrażam zgodę na udostępnianie przez „Pracodawców Zdrowia“ danych osobowych – w tym mojego adresu e-mail – „Medical Progress sp. z o.o.“ z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Fabryczna 10 oraz dostawcom towarów i usług współpracującym z „Medical Progress sp. z o.o.“ z siedzibą we Wrocławiu w celu prawidłowego rozliczania Grupy Zakupowej w tym stosowania rabatów i promocji dla Członków Grupy Zakupowej. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne dla bycia Członkiem Grupy Zakupowej.

..................................................................

data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa

* Wyrażam zgodę na udostępnianie przez „Pracodawców Zdrowia“ mojego numeru telefonu „Medical Progress sp. z o.o.“ z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Fabryczna 10 oraz dostawcom towarów i usług współpracującym z „Medical Progress sp. z o.o.“ z siedzibą we Wrocławiu w celu prawidłowego rozliczania Grupy Zakupowej w tym stosowania rabatów i promocji dla Członków Grupy Zakupowej. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne dla bycia Członkiem Grupy Zakupowej.

..................................................................

data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa