\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku

**OŚWIADCZENIE O UDOSTĘPNIENIU DANYCH OSOBOWYCH ORAZ WYRAŻENIU ZGODY NA ICH PRZETWARZANIE**

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (ZK OZZL), adres: ul. Gdańska 27, 85-005 Bydgoszcz, KRS: 0000100032, REGON: 810530030, NIP: 9531788014, udostępnia dla członków związku, możliwość korzystania z USŁUG CAŁODOBOWEJ OPIEKI PRAWNEJ LEXMED I LEXMED VIP, realizowanych dla ZK OZZL przez zewnętrzny podmiot, na podstawie odrębnej umowy.

W celu świadczenia Usługi Całodobowej Opieki Prawnej LexMed oraz Usługi Całodobowej Opieki Prawnej LexMed VIP, Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy pozyskuje od członków OZZL, zainteresowanych skorzystaniem z wyżej wymienionych usług, dane osobowe w postaci:

1. Imię,
2. nazwisko,
3. numeru PESEL,
4. adres zamieszkania,
5. numer telefonu,
6. adres e-mail.

Udostępnienie wskazanych danych osobowych pozwoli na weryfikację przez podmiot zewnętrzny, przysługiwania członkom OZZL, prawa do korzystania z Usług Całodobowej Opieki Prawnej LexMed I LexMed VIP.

Udostępnienie przez członka OZZL jego danych osobowych oraz wyrażenie zgody na ich przetwarzanie jest dobrowolne, niemniej brak udostepnienia wskazanych danych osobowych oraz wyrażenia zgody na ich przetwarzanie, uniemożliwi świadczenie przez podmiot zewnętrzny na rzecz osoby której te dane dotyczą, Usług Całodobowej Opieki Prawnej LexMed I LexMed VIP.

Administratorem danych osobowych jest Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (ZK OZZL), adres: ul. Gdańska 27, 85-005 Bydgoszcz, KRS: 0000100032, REGON: 810530030, NIP: 9531788014. Dane osobowe wskazane powyżej, zbierane są przez ZK OZZL wyłącznie w celu ich przetwarzania dla realizacji Usługi Całodobowej Opieki Prawnej LexMed oraz Usługi Całodobowej Opieki Prawnej LexMed VIP. Dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu art. 7 pkt 6 ustawy o ochronie danych osobowych.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści jej danych oraz możliwość ich poprawiania, aktualizacji, zmiany lub usunięcia. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może być wycofana w każdym czasie, w dowolny sposób, tak w całości jak i w części. Wycofanie zgody jest wolne od opłat.

Informacje dotyczące sposobu rejestracji, modyfikacji i usunięcia danych oraz informacje dotyczące polityki prywatności udziela Administrator Danych Osobowych.

Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2014 r., poz. 1182).

***KLAUZULA INFORMACYJNA:***

***(TAK / NIE - proszę niepotrzebne skreślić)***

**TAK / NIE** Oświadczam, że zostałem poinformowany/na przez Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (Administratora Danych Osobowych), że moje dane osobowe będą wykorzystane jedynie w celu świadczenia i korzystania przeze mnie z udostępnionych przez Zarząd Krajowy OZZL, Usług Całodobowej Opieki Prawnej LexMed I LexMed VIP, niezależnie od podmiotu który w imieniu ZK OZZL wykonywać będzie te usługi.

**TAK / NIE** Zostałem poinformowany/na, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jednocześnie niezbędne do przyznania mi prawa do korzystania z Usług Całodobowej Opieki Prawnej LexMed I LexMed VIP.

**TAK / NIE** Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Świadczenia Usług Całodobowej Opieki Prawnej LexMed i LexMed VIP, zamieszczony na stronie internetowej ZK OZZL. Akceptacja Regulaminu jest dobrowolna, ale niezbędna w celu realizacji Usług Całodobowej Opieki Prawnej LexMed I LexMed VIP.

**TAK / NIE** Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych osobowych i możliwości ich poprawiania, zmiany lub usunięcia. Jestem również świadom/świadoma, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem moich danych osobowych z listy osób uprawnionych do korzystania z Usług Całodobowej Opieki Prawnej LexMed I LexMed VIP.

***OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:***

Na podstawie Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2016, poz. 922, z późn. zm.)

**WYRAŻAM ZGODĘ NIE WYRAŻAM ZGODY**

*(niepotrzebne skreślić)*

**na przesyłanie moich danych osobowych do podmiotów, które w imieniu Zarządu Krajowego OZZL, świadczyć będą Usługi Całodobowej Opieki Prawnej LexMed I LexMed VIP**, celem realizacji wyżej wskazanych usług.

Na podstawie Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2016, poz. 922, z późn. zm.)

**WYRAŻAM ZGODĘ NIE WYRAŻAM ZGODY**

*(niepotrzebne skreślić)*

**na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty, które w imieniu Zarządu Krajowego OZZL, świadczyć będą Usługi Całodobowej Opieki Prawnej LexMed I LexMed VIP**, celem realizacji wyżej wskazanych usług. Wyrażenie zgody nie obejmuje przetwarzania danych osobowych w celach marketingowych.

Na podstawie Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2016, poz. 922, z późn. zm.),

**WYRAŻAM ZGODĘ NIE WYRAŻAM ZGODY**

*(niepotrzebne skreślić)*

**na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy** (ZK OZZL), adres: ul. Gdańska 27, 85-005 Bydgoszcz, KRS: 0000100032, REGON: 810530030, NIP: 9531788014, w celu korzystania z udostępnionych przez Zarząd Krajowcy OZZL, Usług Całodobowej Opieki Prawnej LexMed I LexMed VIP. Wyrażenie zgody nie obejmuje przetwarzania danych osobowych w celach marketingowych.

***DANE OSOBOWE OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ NA UDOSTĘPNIENIE I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:***

**IMIĘ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NAZWISKO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NUMER PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADRES ZAMIESZKANIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NUMER TELEFONU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADRES E-MAIL**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis osoby udostępniającej dane osobowe oraz wyrażającej zgodę na przetwarzanie danych osobowych:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data i podpis)*