



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
**Sesja plakatowa**

Nazwisko i Imię .....

Specjalizacja dla: diagnostów/farmaceutów\*

w dziedzinie: .....

Termin sesji plakatowej: .....

Temat pracy: .....

.....

.....

Numer tel. / e-mail: .....

.....

**Data i podpis**

\*Niepotrzebne skreślić

## Informacja ogólna o przetwarzaniu danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Szanowni Państwo,

na podstawie art. 13 ust. 1 oraz ust. 2 przepisów 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), Uniwersytet Medyczny w Łodzi informuje, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Al. Kościuszki 4, kod pocztowy: 90-419 Łódź, tel.: 422725803, NIP: 725 18 43 739, REGON: 473 073 308.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy pod numerem telefonu 42 2725211, lub za pośrednictwem adresu mailowego: [iod@umed.lodz.pl](mailto:iod@umed.lodz.pl).
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji kursu/szkolenia w ramach kształcenia podyplomowego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych – wyrażonej przez Państwa zgody na przetwarzanie danych osobowych.
4. Odbiorcami Pana/Pani danych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat.
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych i prawo do przenoszenia danych.
7. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w przypadku gdy Państwo uznacie, że Uniwersytet Medyczny w Łodzi przetwarza Państwa dane osobowe w sposób niezgodny z przepisami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
8. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. W trakcie przetwarzania danych na potrzeby realizacji kursu/szkolenia w ramach kształcenia podyplomowego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.
10. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będzie możliwe zgłoszenie udziału na kursy organizowane w ramach kształcenia podyplomowego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji kursu/szkolenia w ramach kształcenia podyplomowego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi, zgodnie z przepisami 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).

**Data:** .....

**Podpis:**.....

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących postępowania rekrutacyjnego na kursy/szkolenia organizowane w ramach kształcenia podyplomowego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi, a następnie przebiegu szkolenia za pośrednictwem wskazanego adresu poczty elektronicznej, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2016 r. poz. 1030 z późn. zm.).

**Data:** .....

**Podpis:**.....

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Uniwersytetu Medycznego w Łodzi informacji związanych z działalnością Uczelni, w tym informacji o naborze na nowo otwierane kierunki oraz organizowanych kursach za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu poczty elektronicznej, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2016 r. poz. 1030 ze zm.).

**Data:** .....

**Podpis:**.....