

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
W RAMACH ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH (ZFŚS)**

Chęciny, dnia

Imię i nazwisko	
Adres	

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie następujących danych osobowych:

1.
2.
3.

w celach związanych z przyznaniem mi zapomogi lub świadczenia w ramach ZFŚS w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny.

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny, tel.:41 346 55 45, e-mail: czerwona@czczerwona.pl; NIP: 959-12-89-964.

Inspektorem ochrony danych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze jest Pan Wiesław Loch e-mail: iod@czczerwona.pl, nr tel. 41 34 655 45 do 48 wew. 211.

Rozumiem, że moje dane osobowe będą przechowywane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze przez okres: (wskazać okres przechowywania).

Po upływie tego okresu dane zostaną zniszczone.

Zgodnie z przekazaną mi informacją z dnia wyrażam zgodę, aby odbiorcą moich danych osobowych był:

.....
(wskazać odbiorców danych osobowych lub ich grupy, jeżeli istnieją)

Rozumiem, że przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, jak również prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

Rozumiem, że mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby narusza przepisy RODO.

.....
(data i podpis pracownika)