MEDYCZNY UNIWERSYTET TRZECIEGO WIEKU



|  |
| --- |
|  |
| WażneUniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jako Administrator Danych Osobowych, informują Panią/ Pana, iż:•podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne w celu przyjęcia zgłoszenia uczestnictwa w Medycznym Uniwersytecie III Wieku, obsługi korespondencji oraz umożliwienia kontaktu z Panią/Panem przez Administratora,• posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie•Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom,• podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.• we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem można się kontaktować z za pomocą e-mail: ido@ump.edu.plDane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż w okresie 24 miesięcy po czasie zakończenia uczestnictwa w Medycznym Uniwersytecie III Wieku lub do momentu odwołania zgody przez osobę, która udzieliła zgody• przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uznacie Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa. |

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

<http://www.ump.edu.pl/mutw> T: 618546031; promocja@ump.edu.pl

|  |
| --- |
|  |
| **Imię i nazwisko**  ………………………………………………………………………..  **Adres**  ……………………………………………………………………….  **e-mail:** ……………………………………………………………..  **telefon:** …………………………………………………………….  **Zgłaszam swój udział w Medycznym Uniwersytecie Trzeciego Wieku w roku akademickim 2021/2022 i oświadczam, że**  **zapoznałam/ zapoznałem się z Regulaminem Uczestnictwa**  Data Podpis  ………………………… ………………………………………. |
|  |
|  |
|  |

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich podanych danych osobowych oraz mojego wizerunku przez  Administratora Danych Osobowych –Uniwersytet Medyczny  im. Karola Marcinkowskiego  z siedzibą w Poznaniu przy ulicy Fredry 10, 61-701 Poznań w celu obsługi procesu uczestnictwa w Medycznym Uniwersytecie Trzeciego Wieku.*

*Data Podpis*

*………………………………. ………………………………………*