

# MEDYCZNY UNIwersYTET III WIEKU



Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

[www.ump.edu.pl](http://www.ump.edu.pl) T: 618546031

## Klauzula Informacyjna

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jako Administrator Danych Osobowych, informuję 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 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

- wizerunek przedstawiający Pani/Pana osobę obejmuje takie formy rozpowszechniania jak: udostępnienie na stronie internetowej Uniwersytetu Medycznego im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, w mediach społecznościowych oraz za pośrednictwem prasy, jak również zamieszczenie w materiałach promocyjnych, filmowych i i informacyjnych. Zezwalam również na przetwarzanie mojego wizerunku poprzez kadrowanie i kompozycję.

- we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem można się kontaktować z za pomocą e-mail: [abi.ump@ump.edu.pl](mailto:abi.ump@ump.edu.pl)

Dane 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, jeżeli uznacie Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

### Imię i nazwisko

.....

### Adres

.....

e-mail: .....

telefon: .....

**Zgłaszam swój udział w Medycznym Uniwersytecie III Wieku**

**w roku akademickim 2019/2020 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 III Wieku zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) 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) zwanego RODO oraz w celu przesyłania korespondencji pocztą elektroniczną na podany przeze mnie adres e-mail, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t. j. Dz. U. 2019, poz.123 z póź.zm.).

Data

Podpis

.....

.....