

Karta zgłoszenia uczestnictwa

V Rodzinny Piknik (19 czerwca 2026r.) członków Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach

Jestem Lekarzem Lekarzem dentystą Numer PWZ

1. Dane osoby zgłaszającej uczestnictwo:

Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
Adres e-mail		Numer telefonu	

2. Dane zgłaszanej osoby dorosłej:

Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
Adres e-mail		Numer telefonu	

3. Dane zgłaszanych dzieci:

Imię i nazwisko		Wiek dziecka
Imię i nazwisko		Wiek dziecka
Imię i nazwisko		Wiek dziecka
Imię i nazwisko		Wiek dziecka

Oświadczam że:

- jestem członkiem Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej i nie mam zaległości w opłaceniu składek członkowskich,
- zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w celu obsługi administracyjno-organizacyjnej Pikniku, z informacją o sposobach przetwarzania tych danych i prawach z tym związanych oraz zobowiązuję się do poinformowania o nich osób przeze mnie zgłaszanych,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i osób przeze mnie zgłaszanych oświadczam, że jestem upoważniony do wyrażenia zgody w imieniu tych osób,
- wyrażam / nie wyrażam* zgodę na przetwarzanie osobowych danych wizerunkowych moich i osób przeze mnie zgłaszanych w celu publikacji zdjęć wykonanych w trakcie Pikniku w Biuletynie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej „Eskulap Świętokrzyski” oraz stronie internetowej Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach, oświadczam, że jestem upoważniony do wyrażenia zgody w imieniu tych osób.

Formularz proszę przesłać do 31 maja 2026r. na adres : recepja@sil-kielce.pl . Liczba miejsc ograniczona.

.....
czytelny podpis osoby zgłaszającej

* niewłaściwe skreślić

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 i 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 z późn. zm.), dalej RODO informuję, iż:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach z siedzibą: Aleja ks. Jerzego Popiełuszki 43, 25-155 Kielce,
- kontakt do inspektora ochrony danych: tel. 41 362-13-81, e-mail: radca@sil-kielce.pl,
- dane osobowe Pani/Pana oraz podane dane osobowe innych osób przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w celu obsługi administracyjno-organizacyjnej V Rodzinnego Pikniku członków Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej,
- wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do rejestracji oraz późniejszej obsługi administracyjno-organizacyjnej i jest warunkiem wzięcia udziału w V Rodzinnym Pikniku członków Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej,
- przekazane dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, chyba, że obowiązek ich ujawnienia właściwym organom będzie wynikał z powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
- osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo do dostępu do tych danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych osobowych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- dane osobowe nie będą poddane zautomatyzowanym procesom związanym z podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu.
- dane nie będą przekazane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej
- dane osobowe będą przetwarzane do momentu odwołania zgody na ich przetwarzanie lub realizacji celu, dla którego zostają udostępnione,
- osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

.....
data i czytelny podpis osoby zgłaszającej