

Olsztyn, dnia

ZGODA
NA PRZETWARZANIE DANYCH KONTAKTOWYCH FARMACEUTY
W CELU KOMUNIKACJI Z OKRĘGOWĄ IZBĄ APTEKARSKĄ W OLSZTYNIE

Niniejszym, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu i adresu e-mail przez administratora danych osobowych - Okręgową Izbę Aptekarską w Olsztynie z siedzibą ul. Partyzantów 79/9, 10-402 Olsztyn, zwaną dalej jako Izba, w celu wykorzystania na potrzeby kontaktu wewnętrznego samorządu farmaceutów oraz przesyłania dokumentów, informacji oraz materiałów związanych z działalnością Izby lub dotyczących farmaceuty.

Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Udzielona zgoda może być wycofana w każdym czasie, przy czym dotychczasowe przetwarzanie danych na podstawie zgody jest w pełni legalne.
2. Podane dane osobowe w postaci numeru telefonu oraz adresu e-mail będą przechowywane w okresie odpowiadającym wpisowi na listę farmaceutów Izby, jak również po jego wykreśleniu.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konieczne do prawidłowego i efektywnego utrzymywania kontaktu oraz przesyłania dokumentów, informacji i materiałów.

Imię i nazwisko:

nr telefonu komórkowego :

adres e-mail:

.....
Podpis