**KARTA ZGŁOSZENIA**

Zgłaszam udział następujących osób (prosimy o czytelne wypełnienie zgłoszenia):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Telefon kontaktowy** | **Adres e-mail** |
| Pokój …….. osobowy |  |  |  |
|  |  |  |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w celu rekrutacji na IX Opolskie Warsztaty Medyczne organizowane przez Nutrikon Sp. z o.o. i po ich zakończeniu, zgodnie z Rozporządzeniem 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 (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z 4.5.2016 r. L 119/1).  Zgodę wyrażam dobrowolnie. Wiem, że w każdej chwili będę mogła/mógł odwołać zgodę przez złożenie pisemnego wniosku w Nutrikon Sp. z o.o.  Jednocześnie oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y, iż:   * administratorem moich danych osobowych jest Nutrikon Sp. z o.o. z siedzibą w Walidrogach, przy ul. Dąbrowickiej 10, tel. 607 871 500, adres e- mail: [admin@nutrikon.pl](mailto:admin@nutrikon.pl); * w sprawach związanych z ochroną danych osobowych mogę kontaktować się z Administratorem Ochrony Danych Osobowych pod nr telefonu: 511 302 808; * przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących mnie danych osobowych; * mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; | | | |

……………………………………………………………………………

Podpis osoby/osób biorących udział w warsztatach