KARTA UCZESTNIKA WARSZTATÓW SZKOLENIOWYCH

DLA KAPELMISTRZÓW ORKIESTR I KIEROWNIKÓW ZESPOŁÓW/CHÓRÓW

13 kwietnia 2019 roku, OSP Licheń Stary

Imię ................................................................................................

Nazwisko ................................................................................................

Nazwa Orkiestry/Zespołu/Chóru

.........................................................................................................................................................................................................

woj. ................................................................................................

Adres do korespondencji ……………...................................................................................................................................

imię nazwisko

.........................................................................................................................................................................................................

ulica (nr domu, mieszkania) miejscowość (numer domu w przypadku braku ulicy) kod pocztowy

.........................................................................................................................................................................................................

nr tel. kontaktowego (kom. lub stacjonarny łącznie z nr kierunkowym) e-mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych, tj. Związek Ochotniczych Straży Pożarnych RP z siedzibą w Warszawie, wyłącznie w celu organizacji koncertu, a także oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią.

Dodatkowo, potwierdzam otrzymanie informacji, że:

• aby skontaktować się z Administratorem Danych Osobowych należy wysłać wiadomość e-mail na adres [iod@zosprp.org.pl](mailto:iod@zosprp.org.pl) z adresu, którego zgoda dotyczy. Listy w formie tradycyjnej można również kierować pod adres Administratora Danych Osobowych. List musi być opatrzony czytelnym podpisem oraz informacjami umożliwiającymi dokładną weryfikację osoby wnioskującej,

• podanie danych jest dobrowolne,

• Mam prawo do: - bycia poinformowanym o operacjach przetwarzania, - dostępu do danych osobowych, - sprostowania/uzupełnienia danych osobowych, - usunięcia danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym), - ograniczenia przetwarzania danych osobowych, - przenoszenia danych osobowych, - sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,

• moje dane nie będą udostępniane innym podmiotom, chyba, że jest to niezbędne ze względu na realizację celu lub ustawowego obowiązku,

• dane wrażliwe w postaci stanu zdrowia będą chronione poprzez adekwatne środki techniczne i organizacyjne,

• moje dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy,

• moje dane nie są profilowane,

• jeżeli podejrzewam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy prawa mam możliwość wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

• moje dane osobowe zostaną usunięte po zakończeniu i rozliczeniu projektu.

..............................................dn. ........................... ......................................................

(miejscowość, data) (podpis)

Związek OSP RP Dział Programowy

ul. Oboźna 1, 00-340 Warszawa

tel. 22 5095070; tel./fax 22 5095040;22 8275329; e-mail: [ps@zosprp.org.pl](mailto:ps@zosprp.org.pl)