

.....
Imię i nazwisko podopiecznego/opiekuna

.....
Adres

.....

.....
Telefon

.....
E-mail

FUNDACJA POMOCY DZIECIOM I OSOBOM CHORYM
„KAWAŁEK NIEBA”
ul. Poznańska 14/8
84-230 Rumia

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych zawartą na stronie: <https://www.kawalek-nieba.pl/informacja/> i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które przekazuję, dla realizacji celów statutowych (zawartych na stronie Fundacji w zakładce: Informacje/Statut) przez Fundację Pomocy Dzieciom i Osobom Chorym „Kawałek Nieba” z siedzibą w Rumi 84-230 ul. Poznańska 14/8 zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2016 r. poz. 992 ze zm. i 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, art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 1 RODO. Zostałem poinformowany, że zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna oraz przysługującym mi prawie do poprawiania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania i o tym, że zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie pisma na w/w adres Fundacji.

.....

Data

.....

Czytelny podpis podopiecznego lub opiekuna