**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY - MURZASICHLE 2018**

Szanowni Państwo,

na podstawie art. 13 ust. 1 oraz ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi, al. Kościuszki 4, kod pocztowy: 90-419 Łódź, tel.: +42 272-58-03, NIP: 725 18 43 739, REGON: 473 073 308.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy pod numerem telefonu +42 272-52-11, lub za pośrednictwem adresu mailowego: [iod@umed.lodz.pl](mailto:iod@umed.lodz.pl).
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu i zakresie niezbędnym do uczestniczenia przez Państwa w obozie wakacyjnym organizowanym przez Uczelnianą Radę Samorządu Studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
4. Odbiorcami Pana/Pani danych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane w terminie nie dłuższym, niż jest to niezbędne do zorganizowania i rozliczenia obozu wakacyjnego.
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych i prawo do przenoszenia danych.
7. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w przypadku gdy Państwo uznacie, że Uczelnianą Radę Samorządu Studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przetwarza Państwa dane osobowe w sposób niezgodny z przepisami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
8. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. W trakcie przetwarzania danych na potrzeby organizacyjne obozu wakacyjnego przez Uczelnianą Radę Samorządu Studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani do profilowania.
10. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będzie możliwe uczestniczenie w obozie wakacyjnym organizowanym przez Uczelnianą Radę Samorządu Studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

| Dane osobowe | |
| --- | --- |
| Nazwisko | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Imię | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Adres domowy | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Telefon komórkowy | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Adres e-mail | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Data urodzenia (RRRR-MM-DD) | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Numer PESEL | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Wydział / Kierunek | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Rok studiów 2018/19 (Jeśli zaczynasz studia wpisz „0”) | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Rozmiar koszulki | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w celu i zakresie niezbędnym do uczestniczenia w obozie wakacyjnym ‒ Obóz Roku Zero Murzasichle 2018 organizowanym przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi, zgodnie z przepisami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*

* *TAK*

*NIE*

*Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Uniwersytetu Medycznego w Łodzi informacji związanych z obozem wakacyjnym ‒ Obóz Roku Zero Murzasichle 2018 za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej tj. adresu poczty elektronicznej, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2016 r. poz. 1030, ze zm.).*

* *TAK*

*NIE*

***UWAGA!***

**Wypełniony formularz proszę przesłać na adres:**

[**obozy.murzasichle@stud.umed.lodz.pl**](mailto:obozy.murzasichle@stud.umed.lodz.pl) **zapisując go jako ImięNazwisko np. JanKowalski**

**Przesłanie formularza jest równoznaczne z akceptację Regulaminu Obozu Roku Zero Murzasichle 2018**

Pamiętaj, aby w ciągu 7 dni kalendarzowych od otrzymania maila zwrotnego wpłacić zadatek w wysokości **100 zł** na podany nr konta!!!