



ZGODA OSOBY WSKAZANEJ DO KONTAKTU PRZEZ UCZESTNIKA

w projekcie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Ja niżej podpisana/y..... oświadczam, że jako osoba wskazana do kontaktu przez Panią/Pana.....w związku z dobrowolnie wyrażoną przeze mnie zgodą na telefoniczne informowanie mnie przez pracowników Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy „Flandria” sytuacjach wymagających interwencji u Pani/Pana i deklarację gotowości do reagowania (w miarę możliwości) na powyższe zgłoszenia udostępniam niezbędne w tym celu dane kontaktowe:

Akceptacja niniejszej zgody jest tożsama ze złożeniem oświadczenia o następującej treści:

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria” z siedzibą w Inowrocławiu ul. Andrzeja 15, 88-100 Inowrocław zarejestrowane w Sądzie Rejonowym w Bydgoszczy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 000003940, NIP 5561451116, REGON: 09137306 zwanym dalej Administratorem”.

Dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust.1 lit. b 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 (dalej RODO), w celach realizacji usług w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 obejmujących przesyłanie informacji drogą telefoniczną, elektroniczną lub pocztową. (Administrator nie udostępnia danych ani nie przekazuje danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej).

Dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu, maksymalnie przez okres 5 lat. (Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu). Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu. Niniejsza zgoda obejmuje przetwarzanie danych osobowych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania.

Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o przysługującym mi prawie dostępu do swoich danych, ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....
Miejscowość/Data

.....
Podpis Osoby do kontaktu