

Dane osobowe dotyczące naboru na szkolenie wizytatorów akredytacyjnych POZ

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia:

Imię:.....

Nazwisko:.....

Dane kontaktowe:

Adres:.....

Kod pocztowy:.....

Miasto:.....

Telefon kontaktowy:.....

Email:.....

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zbieranych w celu przeprowadzenia naboru na szkolenie wizytatorów akredytacyjnych POZ przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie, kod pocztowy 30-347 przy ul. Kapelanka 60 (które jest administratorem tych danych). Oświadczam, że znane są mi cele przetwarzania tych danych i obejmują one:

- nabór na szkolenie wizytatorów akredytacyjnych POZ,
- organizację szkoleń, konferencji, warsztatów,
- kontakt Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia ze mną,
- obsługę przeglądów akredytacyjnych, tworzenie raportów z przeglądów akredytacyjnych, analizę przeglądów akredytacyjnych, w których uczestniczę jako wizytator.

Jednocześnie oświadczam, iż posiadam informację, że przysługuje mi prawo wglądu i możliwość poprawienia oray usunięcia moich danych osobowych. (art. 23 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 oraz art. 24 ustawy z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz. U. rok 1997, Nr 133 poz. 883).

.....
Podpis osoby wyrażającej zgodę